



INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas

Susana Compadrinho de Sousa

Orientação: Professora Doutora Sandra Xavier

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020



Instituto Politécnico
de Castelo Branco

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas

Susana Compadrinho de Sousa

Orientação: Prof. Doutora Sandra Maria Miranda Xavier

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Relatório de Estágio

Portalegre, 2020

CAPACITAR PARA CUIDAR – CAPACITAÇÃO DE CUIDADORES FORMAIS DE PESSOAS IDOSAS

Susana Compadrinho de Sousa

**Relatório de Estágio especialmente elaborado para a obtenção do grau de Mestre e Especialização em
Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública**

Júri:

Presidente: Professora Doutora Ana Paula Gato Rodrigues Polido Rodrigues

Arguente: Professor Doutor Mário José de Oliveira Martins

Orientador: Professora Doutora Sandra Maria Miranda Xavier

Data: 28 de Julho de 2020

«O intervalo de tempo entre a juventude e a velhice é mais breve do que se imagina. Quem não tem prazer ao penetrar no mundo dos idosos não é digno da sua juventude (...) o ser humano morre quando, de alguma forma, deixa de se sentir importante.»

Augusto Cury, in *O Vendedor de Sonhos*

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste relatório não seria possível sem o apoio de alguns intervenientes. Neste sentido, pretendo agradecer a todos os que me apoiaram e contribuíram para a realização e concretização desta etapa final na minha formação, o Mestrado em Enfermagem na área de especialização de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Deste modo, agradeço:

Aos meus colegas do curso de Mestrado pelo apoio e companheirismo!

Aos meus colegas do serviço de Medicina pelas palavras de incentivo a todo o momento, não esquecendo o enfermeiro chefe que fez os possíveis para a conciliação do percurso académico com a vida profissional!

À minha enfermeira orientadora pela disponibilidade que sempre demonstrou e pelas orientações e sugestões que sempre me deu!

À UCC onde decorreu o estágio pela maneira como fui recebida, desde a enfermeira coordenadora e à equipa de enfermagem e aos outros profissionais pela simpatia e cordialidade!

Às direções técnicas das instituições do concelho que sempre se mostraram disponíveis e abertos a este projeto e que sem a sua intervenção o projeto não teria sido concretizado!

À minha prima Marta por toda ajuda que me deu quando necessitei! Um obrigada gigante é pouco!

Ao meu companheiro por ter tido a paciência de me aturar quando eu achava que estava a chegar ao limite e pelas palavras de apoio e carinho quando mais precisei!

Ao meu filho que apesar de ainda ser pequenino, sei que sentiu a minha ausência nos momentos mais complicados deste Mestrado!

Aos meus pais por todos os valores que sempre me transmitiram que fizeram de mim uma pessoa lutadora e persistente que não desiste facilmente e pelas suas palavras sempre certas, apesar de toda a distância física que nos separa!

Ao meu irmão que apesar de ser de poucas palavras, sempre me deu força para continuar!

À restante família que me apoiou incondicionalmente!

Aos amigos verdadeiros pelas palavras de confiança e força e pelos encontros de descontração que me proporcionaram!

Obrigada a todos por percorrerem este caminho ao meu lado!

RESUMO

O envelhecimento acarreta perdas funcionais nomeadamente ao nível da autonomia dos idosos. Esta perda de autonomia leva à dependência e consequentemente à institucionalização. Nas instituições para idosos são prestados cuidados ao idoso por parte dos cuidadores formais. Estes cuidadores nem sempre têm formação na área da prestação de cuidados pelo que cabe ao enfermeiro comunitário desenvolver estratégias para capacitar e empoderar este grupo profissional com vista ao aumento de conhecimentos e à melhoria da qualidade dos cuidados por eles prestados.

Este relatório de estágio pretende apresentar o projeto “Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento” que teve como objetivo promover a capacitação e o empoderamento destes profissionais na melhoria da prestação de cuidados ao idoso dependente. Este relatório baseou-se na metodologia do planeamento em saúde, tendo sido realizadas sessões de educação para a saúde na área das Feridas e das Úlceras por Pressão e na área do Stress do Cuidador/Burnout, consequência do trabalho árduo desenvolvido por eles. Estas sessões de formação capacitaram os cuidadores formais contribuindo para a melhoria dos cuidados prestados e para a melhoria da relação do Cuidador/Idoso.

Palavras chave: Envelhecimento, Cuidador Formal, Formação Profissional, Capacitação

ABSTRACT

Aging causes functional losses, namely in terms of the autonomy of the elderly. This loss of autonomy leads to dependence and consequently to institutionalization. In institutions for the elderly, formal caregivers provide care for the elderly. These caregivers are not always trained in the area of care, so it is up to the community nurse to develop strategies to train and empower this professional group with a view to increasing knowledge and improving the quality of care provided by them.

This internship report intends to present the project “Training to Care – training of formal caregivers of elderly people in the field of aging” which aimed to promote the training and empowerment of these professionals in improving the provision of care to the dependent elderly. This report was based on the health planning methodology, and health education sessions were held in the area of Wounds and Pressure Ulcers and in the Caregiver / Burnout Stress area, as a result of the hard work they developed. These training sessions enabled formal caregivers to contribute to the improvement of care provided and to the improvement of the Caregiver / Elderly relationship.

Key-words: Aging, Formal Caregiver, Professional Qualification, Training

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Análise de Conteúdo: Identificação de Categorias	43
Quadro 2 – Método de Hanlon	46
Quadro 3 – Método da Grelha de Análise (nos problemas empatados)	47
Quadro 4 – Indicadores de Atividade e Resultado e respectivas Metas	49
Quadro 5 – Preparação Operacional.....	53
Quadro 6 – Recursos e Custos do Projeto.....	54
Quadro 7 – Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão	56
Quadro 8 – Sessão de Formação: Stress do Cuidador	56
Quadro 9 – Participação dos Cuidadores Formais na Sessões de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão e Stress do Cuidador	58
Quadro 10 – Resultados da Ficha de Avaliação de Conhecimentos da Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão	59
Quadro 11 – Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão	60
Quadro 12 - Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à Sessão de Formação: Stress do Cuidador/Burnout	61
Quadro 13 – Percentagem de Cuidadores Formais que classificam o desempenho do formador como <i>Bom</i> ou <i>Muito Bom</i>	61
Quadro 14 – Percentagem de Cuidadores Formais que consideram ter um aumento de conhecimentos com as sessões de formação.....	62
Quadro 15 – Indicadores de Atividade e Resultado, Metas e Resultados	63

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Percentagem de Participação dos Cuidadores Formais na Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão	58
Gráfico 2 – Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão.....	60
Gráfico 3 - Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à Sessão de Formação: Stress do Cuidador/ Burnout	61
Gráfico 4 – Percentagem de Cuidadores Formais que classificam o desempenho do Formador como <i>Bom</i> ou <i>Muito Bom</i>	61
Gráfico 5 – Percentagem de Cuidadores Formais que consideram ter um aumento de conhecimentos com as sessões de formação.....	62

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Esquema Ilustrativo do Modelo Teórico de Betty Neuman	35
Figura 2 – Grelha de Análise para Determinação de Prioridades	47

ÍNDICE DE APÊNDICES

ANEXOS	LXXIX
Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULSNA.....	LXXX
APÊNDICES	LXXXIX
Apêndice 1 – O Modelo Teórico de Betty Neuman aplicado à população alvo.....	XC
Apêndice 2 – Guião da Entrevista Semiestruturada aos Diretores Técnicos	XCIV
Apêndice 3 – Pedido de Autorização à Comissão de Ética da ULSNA.....	XCVI
Apêndice 4 – Pedido de Autorização e Colaboração às Instituições.....	CV
Apêndice 5 – Consentimento Informado Livre e Esclarecido	CVII
Apêndice 6 – Cartaz de Divulgação do Projeto	CX
Apêndice 7 – Ficha de Inscrição nas Sessões de Formação	CXII
Apêndice 8 – Diapositivos em PowerPoint da Sessão de Formação de Feridas e Úlceras por Pressão.....	CXV
Apêndice 9 – Diapositivos em PowerPoint da Sessão de Formação de Stress do Cuidador/Burnout	CXXVIII
Apêndice 10 – Ficha de Avaliação de Conhecimentos da Sessão de Formação de Feridas e Úlceras por Pressão	CXXXIV
Apêndice 11 – Ficha de Avaliação da Sessão de Feridas e Úlceras por Pressão pelos formandos.....	CXXXVII
Apêndice 12 – Ficha de Avaliação da Sessão de Stress do Cuidador/Burnout pelos formandos.....	CXXXIX
Apêndice 13 – Ficha de Avaliação da Sessão de Feridas e Úlceras por Pressão pelo formador	CXLI
Apêndice 14 – Ficha de Avaliação da Sessão de Stress do Cuidador/Burnout pelo formador	CXLIII
Apêndice 15 – Certificado de Presença para os Cuidadores formais.....	CXLV
Apêndice 16 – Cronograma do Projeto	CXLVII
Apêndice 17 – Dados Estatísticos da Ficha de Inscrição	CXLIX
Apêndice 18 – Plano de Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão.....	CLVIII
Apêndice 19 – Plano de Sessão de Formação: Stress do Cuidador/Burnout.....	CLX
Apêndice 20 – Resumo do Artigo Científico.....	CLXII

SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

% - Percentagem

ACES – Agrupamentos de Centros de Saúde

ARS – Administração Regional de Saúde

DGS – Direção Geral da Saúde

DSM – Diagnóstico Social de Marvão

INE – Instituto Nacional de Estatística

IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social

NPUAP – Nacional Pressure Ulcer Advisory Panel

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSPI – Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UE – União Europeia

ULSNA – Unidade Local de Saúde do Norte Alentejano

URAP – Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF – Unidade Saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA	18
1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO E CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS.....	21
1.2 FORMAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS	23
1.3 CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE NA PREVENÇÃO DE ÚLCERAS POR PRESSÃO.....	24
1.4 STRESS NOS CUIDADORES FORMAIS/BURNOUT	26
2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CAPACITAÇÃO	28
3. A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE	30
4. ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR FORMAL.....	32
5. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEWMAN	34
5.1 O MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN APLICADO À POPULAÇÃO ALVO	36
II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO.....	37
1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO	37
1.1 A UNIDADE DE SAÚDE	37
1.2 A COMUNIDADE	38
2. O DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO.....	41
2.1 POPULAÇÃO E AMOSTRA	41
2.2 O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS.....	42
2.3 QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS	42
2.4 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS	43
3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES	45
4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS.....	48
4.1 METAS E INDICADORES	49
5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS	51
6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL	53
6.1 PREVISÃO DE RECURSOS	53
7. EXECUÇÃO	55

8. AVALIAÇÃO	58
9. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS	65
III. REFLEXÃO CRÍTICA – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO ENFERMEIRO	
ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA.....	66
CONCLUSÃO	70
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	72

INTRODUÇÃO

O envelhecimento é um fenómeno mundial que tem repercussões ao nível social, económico e cultural. Em Portugal, a população é envelhecida e segundo o PORDATA (2018), o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar e atualmente existe 153,2 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos.

É na fase do envelhecimento que ocorrem mais mudanças funcionais e como consequência, perdas, nomeadamente a perda de autonomia. Este facto leva a que os idosos necessitem de cuidadores formais ou informais na realização das suas atividades de vida.

Em Portugal continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos ou amigos e as redes formais de proteção social.

Para Gonçalves *et al.* (1992; cit. por Sequeira, 2010), o cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, é geralmente remunerado e tem como funções ajudar nas atividades da vida. Carrilho (2012) refere-se aos cuidadores formais como sendo profissionais contratados, com remuneração, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Deste modo, deve haver uma preparação específica para o desempenho deste papel. De acordo com a mesma autora, o que contribui para a qualidade dos cuidados prestados a idosos institucionalizados é a preparação eficaz dos profissionais, ou seja, a garantia que a equipa de cuidados tem os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar os seus papéis com competência e sensibilidade. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro pode ser essencial para contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa através da formação a estes cuidadores.

Este relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem em Associação na área de especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e pretende descrever o projeto de intervenção comunitária desenvolvido durante o Estágio Final. Este estágio decorreu entre 17 de setembro de 2019 a 31 de janeiro de 2020, numa UCC da ARS Alentejo. Para além de descrever o projeto de intervenção comunitária, este relatório, visa também fazer uma reflexão acerca das atividades

desenvolvidas baseada nas competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública e refletir também acerca das condições para obtenção do grau de mestre.

Segundo o Regulamento das Competência Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, o Enfermeiro detém a capacidade de avaliar o estado de saúde de uma comunidade, identificando os problemas e as necessidades dessa mesma comunidade, tendo por base a metodologia do Planeamento em Saúde. A metodologia do Planeamento em Saúde pretende racionalizar os recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados para reduzir os problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori & Giraldes, 1993). Assim, neste projeto utilizou-se a metodologia do Planeamento em Saúde.

O projeto “Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento” baseou-se na Estratégia Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas e pretendeu dar resposta a algumas das necessidades formativas deste grupo.

O diagnóstico de situação permitiu identificar o envelhecimento como uma problemática evidente do concelho e, neste sentido, atendendo ao elevado número de idosos considerou-se pertinente intervir nas instituições destinadas às pessoas idosas deste concelho. Foram selecionadas, através de critérios de seleção, três instituições para a realização de entrevistas aos diretores técnicos com vista a identificação das necessidades formativas dos cuidadores formais com o objetivo de capacitar e empoderar os mesmos. Assim, após a definição de prioridades, selecionaram-se duas áreas para a realização de sessões de formação: as Feridas e Úlceras por Pressão e o Stress do Cuidador/Burnout.

O projeto de intervenção contou com a colaboração da equipa da UCC deste concelho, as direções técnicas das instituições para idosos e com a população alvo deste projeto, os cuidadores formais das referidas instituições.

Relativamente à estrutura deste relatório, encontra-se dividido em três partes principais, o enquadramento teórico, o enquadramento prático e a reflexão crítica acerca das competências adquiridas enquanto especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública e as condições para obtenção do grau de mestre.

Na primeira parte pretende-se descrever o suporte teórico necessário à compreensão e contextualização da área de intervenção, nomeadamente os aspetos relacionados com o envelhecimento e a dependência que são geradores de processos de institucionalização de idosos, o papel dos cuidadores formais durante este processo e a formação dos mesmos nas áreas definidas como prioritárias. De

seguida, desenvolvem-se os conceitos de educação para a saúde e de capacitação, descreve-se a metodologia do planeamento em saúde, descreve-se o papel do enfermeiro especialista na promoção da capacitação do cuidador formal e, por último, e apresenta-se o Modelo Teórico de Betty Neuman em que se baseia este projeto.

Na segunda parte deste relatório, é apresentada a unidade de saúde onde decorreram os estágios e posteriormente são apresentadas as várias fases da implementação do projeto com base na metodologia do planeamento em saúde, nomeadamente o diagnóstico de situação que aborda a metodologia utilizada no mesmo, a população alvo e a amostra, o instrumento de recolha de dados, as questões éticas e deontológicas associadas à implementação do projeto e a apresentação e discussão de resultados. Segue-se a determinação de prioridades, a definição de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional que faz a previsão de recursos, a execução e a avaliação do projeto. Este capítulo aborda ainda outras atividades desenvolvidas durante este último estágio.

A terceira e última parte deste relatório, faz uma reflexão crítica sobre as competências adquiridas para aquisição do grau de mestre e para enfermeira especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

A redação deste relatório obedeceu às normas e indicações definidas pela instituição onde decorreu este mestrado, o Instituto Politécnico de Portalegre (Escola Superior de Saúde) e também obedeceu às normas da American Psychological Association [APA] – 6ª Edição.

I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

De forma a dar o suporte teórico necessário à compreensão e contextualização do problema do envelhecimento e da dependência dos idosos em contexto de lares para pessoas idosas, foi realizada uma pesquisa bibliográfica que pretende fundamentar todas as intervenções desenvolvidas no projeto de intervenção comunitária.

1. ENVELHECIMENTO E DEPENDÊNCIA

O envelhecimento da população é um fenómeno que afeta quase todos os países do mundo. A população continuará a envelhecer enquanto a natalidade continuar a diminuir e a esperança média de vida continua a aumentar. Segundo o INE (2014), a tendência de envelhecimento demográfico verifica-se há várias décadas na Europa, com um aumento da proporção de pessoas idosas e um decréscimo do peso relativo de jovens em idade ativa na população total.

O fenómeno do envelhecimento é uma questão atual que merece uma reflexão aprofundada face às implicações sociais, culturais e epidemiológicas.

Segundo as projeções da população residente em Portugal entre 2015 e 2080 do INE (2017), o número de idosos passará de 2,1 para 2,8 milhões. O índice de envelhecimento mais do que duplicará entre 2015 e 2080, passando de 147 para 317 idosos por cada 100 jovens.

A DGS (2004) define envelhecimento como “um processo de mudança progressivo da estrutura biológica, psicológica e social dos indivíduos que se inicia mesmo antes do nascimento e se desenvolve ao longo da vida” (DGS, 2004:3).

Para a OMS (2002), a classificação da população idosa tem em conta o desenvolvimento do país de origem, ou seja, nos países desenvolvidos, idoso é aquele que possui idade igual ou superior a 65 anos, enquanto que nos países em desenvolvimento, o limite é fixado nos 60 anos.

Em suma, o envelhecimento é um processo influenciado por vários fatores. O envelhecimento populacional está associado ao aumento da esperança média de vida e à baixa natalidade, bem como a profundas transformações nos estilos de vida e nos padrões culturais.

Fernandes (2002) afirma que a maioria dos problemas ligados ao envelhecimento, nas pessoas idosas, não são causados pela diminuição das funções cognitivas, mas sim por outro tipo de problemas, como a doença, o cansaço, a perda de papéis, as diversas situações de stress, o desenraizamento e outros traumatismos que vão complicar a adaptação das pessoas idosas. O indivíduo terá de reequacionar os seus objetivos pessoais para superar estas situações, de forma a adaptar-se, conservando a sua autoestima, para continuar a viver com o melhor bem-estar possível.

Existe uma grande preocupação em relação ao número de idosos que vivem sozinhos. Segundo dados do INE (2014), cerca de 60% dos idosos vive só ou na companhia de outros idosos. Segundo os censos 2011, houve um aumento da população envelhecida em Portugal e, consequentemente, do número de idosos a viverem sozinhos, o que produz um grave problema de isolamento social (OMS, 2015).

Segundo os Censos 2011, cerca de 1200 milhares de pessoas com mais de 65 anos viviam sozinhas e 800 milhares viviam exclusivamente com outras pessoas idosas. A nível nacional existem grandes diferenças no que toca à situação de idosos a viverem sozinhos. A região da Grande Lisboa é onde se encontram mais idosos a viverem sozinhos (22,3%), seguindo-se as regiões do Alentejo (21,9%) e Algarve (20,7%). A maior percentagem de idosos que vivem exclusivamente com outros idosos é na região do Alentejo que se verifica a mais elevada (43,5%), seguido da Região do Centro (42,9%) e da Região do Algarve (41,2%).

O problema do isolamento emerge, assim, como um fator relevante de vulnerabilidade.

O aparecimento de complicações próprias da idade surge como outro fator de vulnerabilidade. Estima-se que 80% das pessoas com idade igual ou superior a 65 anos padeçam de, pelo menos, uma doença crónica.

A saúde está intimamente relacionada com o envelhecimento na medida em que o aumento da esperança média de vida está associado a mais anos de dependência e de prevalência das doenças crónicas. A fragilidade surge como uma interação de fatores biológicos, psicológicos e sociais ao longo da vida de um indivíduo e que culmina num estado de maior vulnerabilidade.

Geralmente, a capacidade funcional de modo independente diminui com a idade devido a um conjunto de alterações fisiológicas associadas a fatores biológicos, psicológicos e sociais. Neste sentido, a capacidade funcional, especialmente a dimensão motora, é um importante indicador de um envelhecimento bem-sucedido e da qualidade de vida dos idosos.

A funcionalidade do idoso relaciona-se com a sua autonomia e independência para manter as suas atividades quotidianas, resultado não apenas das capacidades físicas, mas também das capacidades cognitivas.

Com o progressivo declínio da funcionalidade, a pessoa idosa isola-se e perde confiança nas suas capacidades, tornando-se cada vez mais sedentário e dependente, necessitando de apoio de familiares e de cuidadores de saúde, acabando por traçar um percurso que termina com a institucionalização.

A OCDE revelou que até 2050 os custos com a população mais idosa deverão duplicar, ou mesmo triplicar, como resultado do envelhecimento da população. Refere também que a quantidade de pessoas a necessitar de cuidados de longa duração deverá afetar 1 em cada 10 pessoas, ou seja, 10% da população (OCDE, 2013).

Segundo os dados do Eurostat, Portugal aparece como o segundo país da EU com as mais elevadas taxas da população idosa com limitações nas atividades de vida.

Segundo estudos feitos anteriormente estima-se que entre 2 a 4% dos idosos dependentes nas atividades de vida são cuidados por cuidadores informais (mulheres, pais, maridos, filhos). Mas, face à evolução da estrutura, composição e dimensão das famílias portuguesas nas últimas décadas em que se verifica o aumento das famílias, nomeadamente dos idosos a viverem (cerca de 20% da população de acordo com os dados estatísticos dos Censos 2011) e o aparecimento de novas formas de conjugalidade, levam a um aumento dos idosos institucionalizados.

O envelhecimento acarreta mudança funcionais, havendo um maior número de doenças crónicas e consequentemente uma diminuição da capacidade funcional do idoso que é a característica mais marcante nesta fase, aparecendo como consequência a perda de autonomia.

A deterioração dos sistemas fisiológicos é uma consequência do processo normal de envelhecimento que envolve a perda de capacidade funcional mais ou menos significativa.

Para Paúl (1997), a principal razão para a institucionalização é a perda de capacidade funcional. Neste sentido, a capacidade funcional constitui-se como um importante indicador na avaliação do idoso.

Martins (2006) considera que idosos sós, com perdas de independência funcional ou ainda com ausência de familiares (ou estando estes longe) são uma população para quem será aconselhável a institucionalização.

Born e Boechat (2002) concluíram que os mais relevantes foram os seguintes: idade, diagnóstico, limitação nas AVD, morar só, estado civil, situação mental, etnia, ausência de suportes sociais e pobreza.

1.1 INSTITUCIONALIZAÇÃO E CUIDADORES FORMAIS DE IDOSOS

Uma das etapas mais marcantes do processo de envelhecimento é, sem dúvida, a admissão do indivíduo idoso numa instituição. Esta realidade é vivida todos os dias pelos idosos, pois estes não encontram na sua família ou na comunidade uma resposta satisfatória às suas necessidades.

A família que tinha um compromisso de ajudar e prestar cuidados aos seus progenitores, deixa hoje de assumir esse mesmo papel. Segundo Guedes (2012), “as modificações nas estruturas económicas, sociais e familiares que limitam a capacidade de acompanhar e cuidar das gerações mais velhas e implicam a reestruturação de toda a organização social e das relações entre as gerações” (Guedes, 2012:16).

Por um lado, é a família que não apresenta condições nem capacidades de prestar cuidados ao idoso. Por outro lado, os programas do Estado não são suficientes para dar resposta aos problemas que se impõem à família que não vê outra alternativa que não seja a institucionalização dos idosos.

Segundo Cardão (2009), a institucionalização é entendida como recurso a serviços sociais de internamento de idosos em lares, casas de repouso e afins, onde recebem assistência e também como vivência de perda, simbolizada pela presença de estados depressivos, significando uma das formas como o idoso sente e vive o ambiente institucional.

Atualmente, as instituições passam ser o suporte formal da prestação de cuidados, substituindo a rede de cuidados informais e familiares.

A solidão e o isolamento, juntamente com a precaridade de condições económicas e habitacionais, surgem a par com a dependência física, nos motivos da institucionalização da pessoa idosa.

A pessoa idosa vê-se cada vez mais limitada a nível das suas capacidades físicas e psicológicas, os recursos do seu meio ambiente envolvente diminuem e levam sem dúvida ao processo de institucionalização.

Para Sousa (2011), o aumento do número de idosos e as alterações das estruturas familiares levou ao apoio formal aos idosos. A diminuição ou indisponibilidade dos cuidados informais reflete-se na expansão dos serviços formais.

Os cuidadores formais são definidos como profissionais contratados, com remuneração, para a prestação de cuidados no domicílio ou instituição, tendo de haver uma preparação específica para este papel, estando integrados numa atividade profissional, que inclui tarefas inerentes ao conteúdo do exercício laboral, de acordo com competências próprias (Sousa, 2011)

Em Portugal existem muitas designações de cuidadores formais como, por exemplo, ajudantes de lar e centro de dia, auxiliares de apoio a idosos, ajudantes de ocupação, entre outros (Sousa, 2011).

Nas instituições, nomeadamente, nos serviços destinados à população idosa, os cuidadores formais cuidam dos idosos segundo as regras estabelecidas e as linhas orientadoras específicas das instituições. Normalmente, os principais objetivos são zelar pelo bem-estar biopsicossocial do idoso, prestando serviços de saúde, cuidados básicos, de educação, de animação, de lazer e sociais.

Segundo Pimentel (2001), o cuidador deve identificar as necessidades físicas e psíquicas do idoso e avaliar as potencialidades; envelhecer não implica uma rutura com os hábitos de vida nem uma mudança profunda ao nível das necessidades, para prestar o cuidado individualizado e estimulador para que o idoso seja autónomo na realização das suas atividades básicas de vida.

Sousa (2011), refere que geralmente os cuidadores formais têm pouca escolarização, não têm formação específica e têm uma baixa remuneração. A soma de todos estes fatores afeta a qualidade do desempenho, já que produz desmotivação e influencia negativamente a prestação de cuidados ao utente.

Os cuidadores de ação direta cuidam de uma população numerosa e com patologias associadas e grau de dependência elevada. Prestam cuidados como a higiene (banho), mudam a fralda, alimentam, posicionam, reposicionam e transportam (Sousa, 2011).

Os cuidadores formais pouco qualificados são insuficientemente acompanhados na fase de integração nas instituições, sendo responsáveis pelos cuidados mais diretos aos utentes. A instabilidade laboral as saídas frequentes das instituições, a ausência de motivação, a insatisfação no trabalho, o deficiente desempenho profissional, o distanciamento e desumanização nas relações pessoas e profissionais gera um comprometimento do nível da qualidade dos cuidados prestados à população idosa (Sousa, 2011).

Segundo a legislação do Contrato Coletivo de Trabalho de Portugal e em particular na Região Autónoma dos Açores, em 2007, o conteúdo funcional do Cuidador Formal, designadamente o trabalhador de ação direta pressupõe: a limpeza e arrumação das instalações, a prestação de cuidados de higiene e conforto aos utentes, o transporte de alimentos e outros itens, o serviço de refeição em refeitório, o transporte de cadáveres, o tratamento de roupas, a condução de veículos da instituição, a medicação previamente prescrita ao utente, acompanhamento de idosos em deslocações e outras tarefas não especificadas. Determina ainda a idade mínima de 18 anos e a escolaridade mínima obrigatória para o ingresso na profissão. A progressão na carreira prevê a frequência, com aproveitamento de um mínimo de 700 horas de formação profissional específica, mas não existem condições criadas nas instituições para que o cuidador formal frequente essa formação, para que possa progredir na carreira dessa forma. O legislador prevendo essa situação, considera que no caso de não ser possível às instituições procederem à formação referida, os trabalhadores passam à categoria de principal, independentemente do número de horas efetivos de formação específica.

1.2 FORMAÇÃO DE CUIDADORES DE IDOSOS

A sociedade está em constante mudança, por isso ninguém pode adquirir conhecimentos para a vida toda, é necessária uma constante atualização dos mesmos. Neste sentido, a formação contínua contribui para o aperfeiçoamento da formação já existente, facilitando a tomada de decisões na vida profissional.

Para a prática profissional é necessário que exista um sistema organizado de promoção da formação contínua pois esta pretende articular o suporte teórico com a forma de atuar (saber fazer). Entre a formação contínua e o local de trabalho existe uma interação permanente. É um processo contínuo que possibilita ao indivíduo estar sempre atualizado e prestar um melhor serviço na instituição onde trabalha, criando-se uma valorização pessoal e institucional.

Segundo Sousa (2011), tem existido uma falha ao nível da formação destes profissionais e este facto não constitui uma prioridade para os governantes. Para que haja qualidade nos cuidados prestados aos idosos é importante haver investimento na formação e na valorização da profissão.

A formação profissional contínua é um fator muito importante no desenvolvimento pessoal e profissional de cada indivíduo, tal como das organizações. Este desenvolvimento ajuda-os a adaptarem-

se às inovações, derivadas de um mundo em constante mudança, e possibilita uma melhoria do seu desempenho, que se traduz na melhoria da qualidade de cuidados prestados (Sousa, 2003).

Sousa (2011), refere que “a formação em ordem à profissionalização e ao reconhecimento desta categoria profissional encontra-se ainda condicionada por fatores comuns a outras áreas” (Sousa, 2011:29) como são a escassez ou ausência de oferta formativa direcionada, escassez ou inexistência de quadro técnico nas instituições que dê respostas formativas, número reduzido de funcionários para o volume de trabalho, pouca motivação dos funcionários para formação pós-laboral, órgãos de gestão com pouca sensibilidade para a importância da formação e falta de formadores com preparação técnico pedagógica na área.

Atualmente, as instituições são confrontadas com exigências cada vez maiores e por isso, é necessário melhorar as qualificações dos seus funcionários. A formação nas instituições direciona-se para as necessidades da instituição, dos funcionários e da sua população alvo. Neste sentido, a formação deve estar sempre a ser atualizada, reciclada e deve ser realizada no contexto de trabalho. A formação neste contexto fomenta o desenvolvimento de novas competências, condicionando e promovendo as possibilidades formativas, desempenha uma ação socializadora e contribui para a construção das identidades profissionais.

Almeida (2008), refere que os funcionários são bastante importantes para os idosos. Neste sentido, a existência de formação contínua nomeadamente quanto às características dos idosos e o ao seu processo de envelhecimento, poderá facilitar os contactos entre os dois intervenientes, fomentando um melhor entendimento e uma melhor relação.

1.3 CUIDADOS AO IDOSO DEPENDENTE NA PREVENÇÃO DE FERIDAS E ÚLCERAS POR PRESSÃO

Como consequência do aumento da esperança média de vida, observa-se um crescente aumento das doenças crónicas e incapacidades oriundas dessas doenças que exigem maior rigor no processo da prestação de cuidados, provocando aos idosos e aos cuidadores maior atenção, tempo e dedicação. Advêm dessas doenças crónicas e dessas limitações uma capacidade funcional comprometida, especialmente em idosos com alguma limitação física que afetam a mobilidade, tornando-os vulneráveis ao surgimento de lesões, nomeadamente as úlceras por pressão.

Segundo o NPUAP (2014), as úlceras por pressão são lesões localizadas na pele e/ou tecido mole subjacente geralmente localizada sobre uma proeminência óssea. Ocorrem sobretudo por uma pressão prolongada sobre essas proeminências ósseas.

Os cuidadores formais presentes nas instituições para idosos têm como principal função, entre outras, acompanhar e auxiliar os idosos na execução das suas atividades de vida diária (Gratão et al, 2013).

Estes cuidadores devem promover a manutenção de uma pele íntegra para evitar maiores danos à saúde do idoso. Se os cuidadores formais estiverem capacitados para prevenir as úlceras por pressão, contribuem para a qualidade dos serviços prestados e para a qualidade de vida dos idosos.

A prevenção de Úlceras por Pressão nos idosos dependentes passa pela aplicação de medidas preventivas para reduzir o aparecimento destas lesões, bem como diminuir os danos e complicações por elas causadas.

As atividades de vida diárias como os cuidados de higiene e conforto, as mobilizações, a troca de fraldas entre outras, são oportunidades para se observar a pele e fazer o exame da mesma. Os cuidadores formais devem observar a existência de alguma parte do corpo que apresente alguma alteração na pele e estas devem receber atenção redobrada. Sinais referidos pelos idosos como o desconforto, a dor, o calor e o endurecimento da região são sinais que podem ser de alerta. Todas as avaliações da pele devem ser registradas em local próprio para facilitar o acompanhamento entre os profissionais e as reavaliações podem ou devem ser feitas de acordo com as necessidades dos idosos (NPUAP, 2014)

Os cuidadores formais devem limpar a pele dos idosos diariamente, hidratando-a com creme sem massajar as proeminências ósseas. A pele seca é considerada um fator de risco e por isso deve ser hidratada. (NPUAP, 2014)

A mudança de fralda deve ser feita com frequência evitando a humidade excessiva da pele, pela presença de urina e/ou fezes e transpiração. A pele húmida tem tendência a abrir lesão mais facilmente. A pele deve ser protegida com cremes barreira para evitar lesões por humidade ou mesmo úlceras por pressão. (NPUAP, 2014)

A hidratação e a nutrição são muito importantes na prevenção de úlceras por pressão, pois evitam perda de massa muscular e de peso. A nutrição e a hidratação inadequadas resultam na diminuição do fluxo de sangue para a pele, facilitando o surgimento de lesões. (NPUAP, 2014)

Os cuidadores formais devem saber que a mudança de posição é de extrema importância para redistribuir a pressão nas diferentes partes do corpo do idoso, mantendo assim, uma boa circulação de sangue no local. As mobilizações devem ser realizadas para reduzir o tempo e a força da pressão exercida nas proeminências ósseas. Os cuidadores formais devem ter em conta as condições de saúde do idoso, bem como a superfície em que está apoiado. Os peritos recomendam os reposicionamentos de duas em duas horas, mas deve ter-se em conta a fragilidade e o desconforto apresentado por cada idoso. (NPUAP, 2014)

Em cada posicionamento deve adequar-se os materiais de alívio de pressão de acordo com a posição em que se vai deixar o doente, utilizando colchões, almofadas, almofadas para cadeiras de rodas, entre outros. Devem ajustar-se os materiais ao próprio idoso considerando a sua mobilidade, o seu estado de geral saúde e o seu estado psicológico (Blanes e Ferreira, 2014).

1.4 STRESS NOS CUIDADORES FORMAIS/BURNOUT

O trabalho representa um papel central no bem-estar físico e psicológico do indivíduo, um maior suporte social, satisfação de vida, maior autoestima, assim como a sua justa remuneração económica. No entanto, poderá resultar em stress, quando existirem exigências maiores que a capacidade profissional e pessoal de cada indivíduo. (Maslach & Leiter, 2001).

Atualmente em vários domínios ocupacionais, os profissionais são constantemente confrontados com exigências, nem sempre passíveis de serem cumpridas ou geridas de forma adaptativa tendo em conta os recursos pessoais e do meio em que se inserem. Entre estas exigências, que no fundo expressam incompatibilidades ou falta de correspondência entre o trabalhador e o posto de trabalho, encontram-se fatores como a carga de trabalho excessiva, a falta de controlo/autonomia no desempenho das funções, a falta de recompensas e reconhecimento do trabalhador, a falta de comunidade (no sentido do fornecimento de suporte social), as injustiças no contexto de trabalho, e o conflito entre valores pessoais e organizacionais (Bogalho, 2017).

De entre as várias áreas profissionais, o trabalho dos cuidadores formais é entendido como stressante, tanto física como mentalmente, o que os torna vulneráveis a doenças relacionadas com o stress ocupacional (Bogalho, 2017).

Quanto ao stress ocupacional, Steven (2005) define-o como as respostas físicas e psicológicas, consideradas uma ameaça para o indivíduo, que ocorrem quando os requisitos de um trabalho não são compatíveis com as capacidades, recursos, ou necessidades do trabalhador. O que pode levar à doença ou mesmo à lesão física ou psicológica do indivíduo.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004), o stress relacionado com o trabalho pode dar lugar a comportamentos disfuncionais e pouco habituais no trabalho e com isso contribuir para a doença física ou mental do indivíduo. Em casos extremos, o stress relacionado com o trabalho pode originar problemas psicológicos, propícios a transtornos psiquiátricos que podem impedir o indivíduo de voltar ao trabalho (OMS, 2004).

Quanto ao stress do cuidador, como já foi referido anteriormente, a prestação de cuidados é considerada uma atividade desgastante, com repercussões a nível físico, psicológico e social para o cuidador, resultado da pluralidade de tarefas que este tem de desempenhar, e às mudanças que a adoção deste papel representa na sua vida. Desta forma, ser cuidador implica um elevado gasto de tempo e energia, um conflito com o desempenho de outros papéis pessoais, familiares e sociais. O que conduz, muitas vezes, à exaustão, à ansiedade e ao stress (Figueiredo, 2007).

As respostas utilizadas pelo cuidador para diminuir o nível de stress experienciado podem ser definidas como estratégias de *coping*, cada sujeito elege as estratégias que percebe como as mais eficazes. Torna-se importante referenciar que as estratégias de *coping* utilizadas pelos cuidadores para lidar com os níveis de stress associados ao ato de cuidar desempenham um papel determinante nos níveis de saúde física e mental dos mesmos (Sequeira, 2010).

2. EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE E CAPACITAÇÃO

O conceito de saúde tem evoluído ao longo dos tempos. A OMS (1946) define saúde como “um estado completo de bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença ou enfermidade”.

Após a 1ª Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde em que foi emitida a Carta de Otava em 1986, a OMS acrescentou uma nova ideia, referindo que a Saúde constituiu “um recurso para a vida e não uma finalidade”, em que o indivíduo tem a capacidade de se adaptar às alterações do meio contribuindo assim para o bem-estar dum grupo ou de uma comunidade.

Assim como o conceito de Saúde, o conceito de Educação para a Saúde também sofreu alterações decorrentes da evolução das novas perspectivas de saúde e de bem-estar individual, comunitário e social.

Em 1990, a OMS definiu a Educação para a Saúde como “um processo baseado em regras científicas que utiliza oportunidade educacionais programadas de forma a capacitar os indivíduos, agindo isoladamente ou em conjunto, para tomarem decisões fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde”. Nesta perspectiva evidencia-se o papel formativo e fomentador de estilos de vida saudáveis do educador.

É através da Educação para a Saúde que o indivíduo toma decisões conscientes sobre o que são as suas escolhas mais saudáveis, e estimulado a interagir com os indivíduos da sua comunidade, promove ações para uma vida saudável e participa responsável e ativamente no processo educativo. Os intervenientes não devem ser apenas meros divulgadores de informação, devem sim ser dinamizadores da reflexão dos grupos e da comunidade, de forma a estimulá-los a interpretar o seu modo de vida e a refletir os seus contextos, de forma a identificarem e a mobilizarem os recursos disponíveis para se manterem saudáveis.

A Educação para a Saúde pode ser entendida como a promoção da literacia em saúde e a atividade educativa tem como principais finalidades: aumentar a consciencialização das comunidades sobre as questões relacionadas com a saúde dos seus membros, auxiliar na aquisição de conhecimentos e competências e promover atitudes favoráveis à saúde e à promoção de valores de bem-estar e equilíbrio.

A Educação para a Saúde tem como principal objetivo a capacitação de grupos ou comunidades e, para a OMS, a Educação para a Saúde é “uma ação exercida sobre os indivíduos no sentido de modificar

os seus comportamentos, a fim de adquirirem e conservarem hábitos de saúde saudáveis, aprenderem a usar os serviços de saúde que têm à sua disposição e estarem capacitados para tomar, individual ou coletivamente, as decisões que implicam a melhoria do seu estado de saúde e o saneamento do meio em que vivem” (OMS, 1969). Neste sentido, as intervenções de Educação para a Saúde têm um caráter formativo, uma vez que conseguem integrar processos cognitivos que permitem a modificação de comportamentos, tornando-se numa ação permanente, consciente, racional e voluntária.

3. A METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

Segundo Imperatori & Giraldes (1993), a metodologia do planeamento em saúde é um instrumento que permite realizar ações com vista ao desenvolvimento deste setor. Neste sentido, planear em saúde permite que todas as ações sejam realizadas de forma racional, que tenham capacidade de modificar a realidade e que se projetem no futuro.

Para Tavares (1990), o planeamento em saúde é um processo dinâmico e contínuo no qual são analisados e previstos todos os recursos e serviços necessários para que os objetivos sejam atingidos, de forma a redistribuir e utilizar os recursos de forma mais eficiente, uma vez que em muitos casos existe escassez de recursos. Este processo permite também a utilização mais lógicas e coerente das infraestruturas e equipamento necessários.

A metodologia do planeamento em saúde divide-se em várias etapas: o diagnóstico de situação, definem-se prioridades relativamente os problemas identificados, delineiam-se objetivos e selecionam-se as estratégias para os atingir, em seguida elabora-se um programa ou projeto, prepara-se a operacionalização do mesmo, executa-se e no final faz-se a avaliação do mesmo (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação é a primeira fase do planeamento em saúde. Deve incluir-se informação sobre os setores económicos e sociais, identificar os principais problemas de saúde e quais os fatores que os condicionam. Esta informação deve ser aprofundada e alargada, mas ao mesmo tempo sucinta e clara de modo a corresponder às necessidades do próprio planeamento (Imperatori & Giraldes, 1993; Tavares, 1990)

A segunda fase do planeamento em saúde passa por se definirem as prioridades. Nesta fase são hierarquizados os problemas identificados e verifica-se qual ou quais são mais prioritários. Deve ter-se sempre em consideração o tempo limite que se dispõe para a realização da intervenção (Imperatori & Giraldes, 1993).

A terceira fase diz respeito à fixação de objetivos de forma a atingir os problemas identificados. Estes devem ser quantificáveis e o mais realistas possíveis, de modo a serem avaliados posteriormente (Imperatori & Giraldes, 1993).

A seleção de estratégias corresponde à quarta fase deste processo em que se pretende escolher determinadas técnicas de modo a alcançar um objetivo, devendo realizar-se também nesta fase uma estimativa dos recursos a utilizar (Imperator & Giralde, 1993).

Em seguida, na quinta fase do planeamento em saúde, elabora-se o programa ou o projeto que deve analisar minuciosamente as atividades que deverão ser realizadas de forma a atingir os objetivos propostos e definidos espaços temporais para a sua realização, apresentando um cronograma como orientador de todo o processo (Imperator & Giralde, 1993).

A fase final do planeamento em saúde corresponde à fase da avaliação, onde se verifica o grau de sucesso dos objetivos (Tavares, 1990). Para Imperator & Giralde (1993), depois de terminado todo o processo, deve ser mantida a sua continuidade e dinamismo, voltando à fase inicial para atualizar o diagnóstico de situação e melhorar a informação disponível.

A metodologia do planeamento em saúde parece ser a mais adequada para trabalho a efetuar pois este destina-se à comunidade. Neste sentido, todo o projeto desenvolvido foi elaborado tendo como base esta metodologia.

4. ENFERMAGEM DE SAÚDE COMUNITÁRIA – O PAPEL DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA PROMOÇÃO DA CAPACITAÇÃO DO CUIDADOR FORMAL

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2005), a abordagem multidisciplinar ou transdisciplinar tem um objetivo que é melhorar a qualidade de vida da população e da comunidade.

Para Militar (2012), os cuidados têm um caráter universal e multidimensional, adequado às crenças, valores e culturas da população alvo. Qualquer que seja o nível da prestação de cuidados, o enfermeiro terá de identificar os recursos existentes, por forma a responder às necessidades identificadas, para uma continuidade de cuidados que promovam a saúde e o bem-estar da comunidade.

Neste sentido, a alínea a) do Artigo 80º do Código Deontológico dos Enfermeiros, refere que a responsabilidade do enfermeiro para com a comunidade centra-se na “promoção da saúde e na resposta às necessidades em cuidados de enfermagem”. Para isso, é necessário que o enfermeiro identifique as necessidades utilizando os instrumentos apropriados. A alínea c) do mesmo Artigo, refere-se à colaboração do enfermeiro com outros profissionais de saúde em programas que correspondam às necessidades da comunidade, incluindo nesta colaboração os fatores que podem influenciar a saúde, tais como os fatores psicológicos, sociais, económicos ou ambientais (OE, 2005).

A área da Saúde Pública é, ainda hoje, influenciada por dois documentos de referência: a Declaração de Alma-Ata (OMS, 1978) e a Carta de Ottawa (OMS, 1986).

A Declaração de Alma-Ata é a carta resultante da 1ª Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde Primários para o combate das desigualdades entre os povos e tinha como meta a “Saúde para todos no ano 2000”. Nesta carta apelou-se à responsabilidade de governos, organizações supranacionais e comunidade internacional para a implementação e colaboração na organização dos Cuidados de Saúde Primários como elemento chave na “Saúde para Todos” (OMS, 1978).

Foi atribuída aos Cuidados de Saúde Primários uma grande importância resultante da forma continuada e de proximidade com e para as populações, constituindo-se assim como um pilar de segurança e autoconfiança para as mesmas.

A Educação para a Saúde constitui-se como uma das áreas prioritárias de intervenção dos Cuidados de Saúde Primários que tem como principal objetivo a capacitação dos indivíduos para tomarem decisões

fundamentais sobre assuntos relacionados com a saúde, agindo isoladamente ou em conjunto (OMS, 1990).

A Carta de Ottawa define a promoção da saúde atual. Este conceito está interligado com a qualidade de vida, a saúde, a solidariedade, a equidade, a democracia, a cidadania, o desenvolvimento, a participação e a parceria. Está também relacionado com um conjunto de estratégias que envolvem ações do Estado, da comunidade, dos indivíduos, do sistema de saúde e de parcerias intersectoriais implicando uma responsabilização conjunta (OMS, 1986).

Este documento assenta em cinco áreas fundamentais: a elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação do sistema de saúde (OMS, 1986).

5. MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN

O Modelo Teórico de Betty Newman, desenvolvido em 1970, também conhecido pela Teoria de Sistemas de Cuidados de Saúde, teve origem a partir das seguintes teorias: Gestalt, Filosóficas de Chardin e Bernard Marx, Geral dos Sistemas de Bertalanffy, Stress de Hans Seyle e a de Crise de Gerls Caplan (Pearson e Vaughan, 1992).

Trata-se de um modelo dinâmico, flexível e global, que garante uma estrutura, organização e orientação para responder à complexidade de intervenções e processos na comunidade (Tomey e Alligood, 2004).

A organização do modelo teórico de Neuman contempla a existência de um núcleo central (pessoa, família, comunidade) protegido por linhas concêntricas (recursos de energia do núcleo). As linhas de resistência representam condições internas e são a última barreira face aos stressores. A sua ineficácia pode resultar na morte da pessoa; se eficazes ajudam a restabelecer o estado normal de bem-estar (Martins, 2014).

A linha normal de defesa corresponde ao estado normal de bem-estar e diz respeito às capacidades e habilidades da pessoa a partir das vivências, representa o equilíbrio ou a adaptação aos stressores. A quebra desta linha leva ao aparecimento de sinais e sintomas de desequilíbrio no continuum saúde/doença. A linha mais externa, a de defesa flexível é uma proteção adicional às de defesa normal e resistência, tendo a função de amortecedor. Estas linhas, ao serem dinâmicas, permitem intervenção preventiva em saúde (Martins, 2014). Assim, a pessoa sujeita a stressores necessita que as suas linhas de defesa sejam reforçadas para atingir o equilíbrio. É justamente sobre este aspeto que a enfermagem pode intervir de modo a identificar os problemas e a potenciar os recursos para atingir o reequilíbrio (Braga e Silva, 2011).

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária tendo como suporte o modelo de Betty Neuman, reconhece as variáveis que influenciam o cliente e pode assim fundamentar as suas intervenções (Braga e Silva, 2011).

A figura 1 ilustra a composição do modelo.

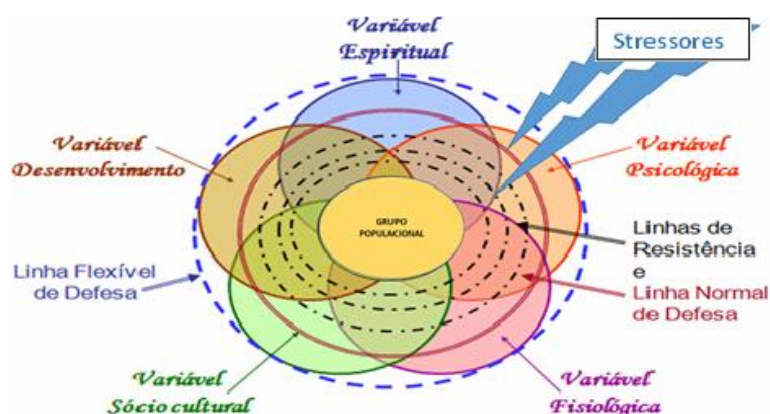


Figura 1 – Esquema Ilustrativo do Modelo Teórico de Betty Neuman
Fonte: Adaptado de Jeremias, R. & Rodrigues, F. (2010)

De acordo com a perspectiva de Beddome (1995), a comunidade é percebida sob dois focos de abordagem: a comunidade geopolítica como cliente ou o grupo populacional como cliente. Na primeira, a comunidade corresponde a um lugar, a uma área geográfica específica e delimitada; na segunda refere-se a grupos de indivíduos associados por características semelhantes tais como estatuto socioeconómico, cultura, idade, valores ou políticas.

Em ambas as abordagens, aplicam-se os conceitos de contexto intrasistémico, intersistémico e extrasistémico do Modelo Teórico de Betty Neuman.

Segundo Beddome (1995), no grupo populacional como cliente, o contexto intrasistémico corresponde ao grupo de pessoas que possuem características comuns. Também em relação à comunidade geopolítica como cliente, o contexto intrasistémico é toda a população que reside dentro de uma região, ou seja, corresponde às pessoas. Neste contexto, a apreciação da pessoa/grupo ou comunidade é vista como um sistema composto de variáveis fisiológicas (estrutura física do corpo, biológica e química), psicológicas (emoções e processos mentais), de desenvolvimento (processos relacionados com o desenvolvimento ao longo da vida), socioculturais (relações e expectativas sociais/culturais) e espirituais (influência de crenças religiosas na vida da pessoa) constituindo em conjunto a essência do ser (núcleo). No que respeita aos contextos intersistémico e extrasistémico do grupo populacional ou da comunidade geopolítica como cliente, essa apreciação é efetuada a partir de oito subsistemas, designados: Educativo, Saúde e Segurança, Sociocultural, Comunicação e Transportes, Recreativo e Lazer, Político e Segurança, Económico e Religioso.

Nesta linha de pensamento, o grupo populacional implicado no contexto do trabalho são os Cuidadores Formais, ou seja, são o sistema cliente. A apreciação do público alvo com base neste modelo teórico encontra-se nos quadros em Apêndice 1.

5.1 O MODELO TEÓRICO DE BETTY NEUMAN APLICADO À POPULAÇÃO ALVO

Uma das principais funções da enfermagem comunitária consiste em conhecer e compreender a comunidade como cliente, identificando as suas necessidades, os problemas e as forças e recursos.

A apreciação da comunidade implica a colheita de dados e a sua interpretação resulta numa lista de problemas e capacidades da comunidade. Cada problema precisa de ser identificado e apresentado sob a forma de diagnóstico.

Segundo Stanhope e Lancaster (2011), o diagnóstico de enfermagem permite expor o problema, clarificar quem recebe os cuidados e identificar os fatores que contribuíram para o problema.

Com base no modelo teórico da Betty Neuman e na análise de conteúdo das entrevistas resultaram os seguintes diagnósticos: “Ameaça à linha de defesa dos cuidadores formais relacionada com stressores intrapessoais” evidenciado por:

- Défice de conhecimentos em relação às feridas e úlceras por pressão;
- Défice de conhecimentos em relação ao Stress do Cuidador/Burnout;

Estes diagnósticos serviram de suporte à realização do projeto de intervenção comunitária e tentam responder às necessidades identificadas.

II. ENQUADRAMENTO PRÁTICO

Na segunda parte deste relatório descreve-se a unidade de saúde e da comunidade onde decorreram os estágios, bem como se apresentam todas as fases de desenvolvimento do projeto de intervenção, de acordo com a metodologia do planeamento em saúde.

1. CONTEXTUALIZAÇÃO DO ESTÁGIO

1.1 A UNIDADE DE SAÚDE

O estágio realizou-se numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) inserida na Administração Regional de Saúde do Alentejo (ARS Alentejo).

O Decreto-Lei nº28/2008 cria o agrupamento de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde, abreviadamente designados por ACES. Os ACES são serviços de saúde com autonomia, constituídos por várias unidades funcionais que integram um ou mais centro de saúde. O Centro de saúde componente dos ACES é um conjunto de unidades funcionais de prestação de cuidados de saúde primários, individualizados por localização e denominação determinadas. Tem por missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população de determinada área geográfica, através do desenvolvimento de atividades de promoção da saúde e da prevenção da doença e ligação a outros serviços para continuidade dos cuidados. Também desenvolvem atividades de vigilância epidemiológica, investigação em saúde, controlo e avaliação dos resultados e participam na formação de diversos grupos profissionais nas suas diferentes fases, pré-graduada, pós-graduada e contínua.

Os ACES compreendem as seguintes unidades funcionais:

- a) Unidade de saúde familiar (USF);
- b) Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP);
- c) Unidade de cuidados na comunidade (UCC);
- d) Unidade de saúde pública (USP);

- e) Unidade de recursos assistenciais partilhados (URAP);
- f) Outras unidades ou serviços, propostos pela respetiva ARS, I. P., e aprovados por despacho do Ministro da Saúde, e que venham a ser considerados como necessários.

As UCC são definidas no mesmo Decreto-Lei no artigo 11º como:

A UCC presta cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e atua ainda na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção.
(Ministério da Saúde, 2008, p. 1184)

A equipa da UCC é composta por enfermeiros, assistentes sociais, médicos, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e outros profissionais, consoante as necessidades e a disponibilidade de recursos. O ACES participa, através da UCC, na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, integrando a equipa coordenadora local. À UCC compete constituir a equipa de cuidados continuados integrados, prevista no Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho.

1.2 A COMUNIDADE

O projeto de intervenção comunitária realizado no âmbito deste estágio decorreu na área geográfica de intervenção da UCC que abrange e inclui uma área de 154,6 Km² e é composto por quatro freguesias. Este concelho é afetado pela desertificação do território e pela dispersão da população e consequente isolamento da mesma.

Relativamente à sua **estrutura demográfica**, constata-se que em 2019, de acordo com os dados estatísticos do PORDATA, nas estimativas anuais da população residente, a densidade populacional (Intensidade do povoamento expressa pela relação entre o número de habitantes de uma área territorial determinada e a superfície desse território) deste concelho era de 26,0 indivíduos por Km². Segundo os Censos de 2011, constata-se que a população residente era de 3512 habitantes, sendo que a população feminina é ligeiramente superior à população masculina.

Nos dados estatísticos do PORDATA verifica-se que o índice de envelhecimento deste concelho (Relação entre a população idosa e a população jovem, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 0 e os 14 anos) tem vindo a aumentar de forma exponencial sendo que em 1960 era de 48,0% e em 2011 era de 348,3%, ou seja, em 2011 existiam 348 idosos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. Verifica-se que este valor é muito superior ao do continente que se situa em 127,5%. Em relação ao índice de dependência de idosos (Relação entre a população idosa e a população em idade ativa, definida habitualmente como o quociente entre o número de pessoas com 65 ou mais anos e o número de pessoas com idades compreendidas entre os 15 e os 64 anos), constata-se que, segundo os Censos de 2011, entre 1960 e 2011 houve um grande aumento, passando de 17,2 idosos para 57,5 idosos, respetivamente.

No que se refere à população residente por grupo etário verifica-se um decréscimo da mesma em todos os grupos etários, tanto em 2001 como em 2011. O grupo etário com maior número de população é o grupo da população em idade adulta (25-64 anos), que corresponde a 49,12% da população do concelho. Em seguida, está o grupo etário com 65 ou mais anos que representa 33,03% da população, seguido do grupo etário dos 0-14 anos com 9,48% e, por último, o grupo etário dos 15-24 anos que representa 8,37% da população com concelho.

Relativamente à **rede de serviços e equipamento sociais**, verifica-se que o concelho dispõe de vários recursos cujas respostas sociais são de acordo com a área de intervenção. Assim sendo, verifica-se que na área de intervenção da infância e da juventude, existem creches destinadas a crianças até aos 3 anos. Para crianças e jovens com deficiência e em situação de perigo, existe um centro de atividades ocupacionais que acolhe não só crianças, mas também adultos. Para a população em situação de dependência e idosos, existem Centros de Convívio e Centros de Dia, Serviços de Apoio Domiciliário, estruturas residenciais para idosos (Lares) e Unidade de Média Duração e Reabilitação e Unidade de Longa Duração e Manutenção (DSM, 2015).

No que se refere à **atividade económica**, constata-se que o setor dos serviços é o setor de atividade económica mais relevante. A agricultura surge apenas como um complemento da atividade profissional e também como meio de subsistência económica para muitas famílias do concelho. O turismo surge como um forte impulsionador da economia local, pois o concelho é detentor de uma enorme e diversa riqueza ao nível do património natural, cultural, histórico e urbanístico (DSM, 2015).

Relativamente aos estabelecimentos de **educação e ensino**, existem duas escolas de Ensino Básico que reúnem os primeiros três ciclos do ensino obrigatório. Estas duas escolas integram o Agrupamento

de Escolas do concelho. Estas escolas situam-se em 2 das quatro freguesias do concelho. O concelho possui ainda 3 estabelecimento de ensino que se destinam às crianças entre os 3 anos e a idade de ingresso no ensino básico (DSM, 2015).

Relativamente ao número instituições para idosos do concelho, verifica-se que estas representam 72% do número de respostas sociais para idosos, sendo que se dividem em 1 de Apoio Domiciliário Integrado, 2 Centros de Convívio, 4 Centros de Dia, 4 Estruturas Residenciais para Idosos e 3 de Serviço de Apoio Domiciliário (DSM, 2015).

2. DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O diagnóstico de situação é o primeiro passo da metodologia do planeamento em saúde. Só a partir da definição do diagnóstico de situação é que é possível começar a atuar.

Para Imperatori & Giraldes (1993), o diagnóstico da situação de saúde funcionará como justificação das atividades e como padrão de comparação no momento da avaliação. O diagnóstico é o ponto de partida para medir o avanço alcançado com as nossas atividades.

O diagnóstico de situação de saúde deverá corresponder às necessidades de saúde da população. No diagnóstico temos de caracterizar não só a população e as suas necessidades de saúde, mas também os serviços (Imperatori & Giraldes, 1993).

O conhecimento das necessidades sentidas e expressas pela população é importante no diagnóstico, mas também o será na fase de escolhas de prioridades e no momento da formulação de estratégias e programação. A qualidade do diagnóstico depende da qualidade e quantidade da informação (Imperatori & Giraldes, 1993).

O diagnóstico de situação deste projeto foi realizado durante o Estágio I que decorreu de 20 de maio de 2019 a 28 de junho de 2019. Devido ao concelho onde foi realizado o estágio ser um concelho muito envelhecido como já foi referido anteriormente, houve a preocupação de intervir na área do envelhecimento. Como a maioria das respostas sociais do concelho são destinadas a idosos decidiu intervir-se nestas.

Para a realização do diagnóstico de situação, realizou-se um estudo descritivo, observacional de forma a caracterizar a situação e perceber quais as dificuldades/necessidades dos cuidadores formais em termos formativos.

2.1 POPULAÇÃO ALVO E AMOSTRA

Segundo Fortin (1999), a população alvo é constituída pelos elementos que satisfazem os critérios de seleção (...) e para os quais o investigador deseja fazer generalizações. A população alvo raramente é acessível ao investigador na sua totalidade, sendo necessário recorrer a uma amostra.

A população alvo selecionada para a implementação deste projeto são os cuidadores formais das instituições para idosos do concelho. As instituições para idosos foram selecionadas, através de um critério de seleção, que não tivessem um enfermeiro contratado. Neste sentido, selecionaram-se três das cinco estruturas residenciais para idosos para a implementação do projeto, sendo contabilizados 47 cuidadores formais nas três instituições.

2.2 O INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

Para o diagnóstico de situação foi realizada uma entrevista semiestruturada dirigida aos diretores técnicos de cada instituição, sendo estes considerados os informantes-chaves. Foi feita a análise de conteúdo com os dados obtidos nas entrevistas. O Guião da entrevista pode ser consultado em Apêndice 2.

2.3 QUESTÕES ÉTICAS E DEONTOLÓGICAS

Para a realização de todo o projeto foram feitas algumas diligências para acautelar os aspetos ético-deontológicos. Neste sentido, foram elaborados os seguintes documentos:

- Pedido de autorização à Comissão de Ética da ULSNA, com parecer favorável (Apêndice 3)
- Pedido de Autorização e Colaboração às instituições selecionadas, todas com parecer favorável (Apêndice 4)
- Consentimento Informado Livre e Esclarecido para as Direções Técnicas das referidas instituições, todas com parecer favorável (Apêndice 5)

O parecer favorável ao pedido de autorização da Comissão de Ética da ULSNA pode ser consultado em Anexo 1.

2.4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Através da análise de conteúdos das entrevistas pôde constatar-se que no se refere às principais necessidades dos cuidadores formais na prestação de cuidados, constata-se que estes têm dificuldades quando há descompensação de patologias por falta de toma de medicação no período noturno, especialmente ao nível dos Centros de Dia, têm dificuldade em lidar com as demências, tem dificuldade na utilização de ajudas técnicas, têm dificuldades no processo de relação idoso/cuidador formal, nomeadamente a nível de cansaço, burnout e stress e também têm dificuldade ao nível das feridas e das úlceras de pressão.

Através da análise das respostas à questão que aborda o contributo que o Centro de Saúde poderia dar na melhoria dos cuidados aos idosos, os diretores técnicos sugerem a presença mais assídua dos Enfermeiros do CS nas instituições, capacitação dos idosos institucionalizados em Centros de Dia para a prevenção de acidentes no domicílio, a sensibilização das famílias para a questão do isolamento social, formação nas instituições sobre diversas áreas e o alargamento do horário do Centro de Saúde e Extensões e ter um serviço de urgência básica no concelho.

Em relação à questão acerca das áreas prioritárias, as diretoras técnicas sugerem a articulação do CS com a família e a instituição com o objetivo de adiar a institucionalização, o controlo da tensão arterial, a prevenção de úlceras de pressão, a alimentação e a desidratação, a importância da medicação e, os posicionamentos e as mobilizações.

Categoria	Subcategoria	Frequência	Unidades de Contexto
Dificuldades dos Cuidadores Formais	Demências	1	Diretor Técnico 1 - Eu acho que estas situações de, de demência e de desorientação são muito difíceis de gerir da parte delas (...)
	Stress do Cuidador	3	Diretor Técnico 1- Por isso eu acho que se calhar uma formação, uma ação de sensibilização, de informação de como é que se pode lidar com estas situações seria positiva sim. Diretor Técnico 2 - A forte componente psicológica usada nestas casas em que as vezes não sabem bem lidar, com por exemplo imaginemos Alzheimer (...). Diretor Técnico 3 – (...) os cuidadores formais também são pessoas cansadas do dia a dia aqui, não é, porque

Áreas Prioritárias de Intervenção			é um trabalho cada vez mais difícil devido ao estado em que as pessoas chegam as instituições.
	Feridas e Úlceras de Pressão	2	Diretor Técnico 1 – (...) portanto na área por exemplo dos pensos, na úlcera de pressão, portanto considerávamos que isso seria, a formação seria muito útil. Diretor Técnico 3 – (...) problemas a nível de prevenção de feridas (...)
	Feridas e Úlceras por Pressão	2	Diretor Técnico 2 – (...) mas no tratamento das úlceras de pressão. Diretor Técnico 3 – (...) prevenção de escaras (...)
	Posicionamentos/Mobilizações	1	Diretor Técnico 2 - Posicionamentos também, nós temos a formação, (...) mas nunca é o suficiente.

Quadro 1 – Análise de Conteúdo das Entrevistas aos Diretores Técnicos: Identificação de Categorias

No quadro acima pode observar-se a análise de conteúdo das entrevistas realizadas. Foram identificadas duas categorias que se relacionam com as dificuldades dos cuidadores formais e com as áreas consideradas de intervenção prioritária pela perspetiva das direções técnicas das instituições. Decidiu-se intervir numa subcategoria de cada uma das categorias.

Na fase seguinte do planeamento em saúde, a determinação de prioridades, vai definir quais as temáticas a abordar com os cuidadores formais.

3. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Segundo Imperatori e Giraldes (1982), a definição de prioridades é a segunda fase do processo de planeamento em saúde. É condicionada pelo diagnóstico de situação e determinará a etapa seguinte: a fixação de objetivos.

No diagnóstico de situação identificaram-se os problemas, sendo que nesta fase proceder-se-á à hierarquização dos mesmos.

Foi escolhido o Método de Hanlon para a definição de prioridades e em caso de empate entre os problemas, utilizou-se o Método da Grelha de Análise, sugeridos por Tavares (1990).

Segundo Pineault e Daveluy (1987), o método de Hanlon destina-se à classificação de problemas de saúde.

Este método estabelece prioridades em quatro critérios: (A) a amplitude ou magnitude do problema, (B) a gravidade do problema, (C) a eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema e (D) a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990), sendo estes os principais critérios que permitem a tomada de decisão em relação às prioridades em saúde (Pineault e Daveluy, 1987).

Segundo Tavares (1990), a classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da fórmula: **Valor de Prioridade = (A+B) x C x D**.

Segundo Pineault e Daveluy (1987) e Tavares (1990), a amplitude do problema (A) corresponde ao número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total, sendo classificada numa escala de 0 a 10, que deverá ser adaptada à dimensão da população em estudo. A gravidade do problema (B) é avaliada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos sendo classificada numa escala 0 a 10, sendo que 10 é o valor máximo da gravidade de um problema. A eficácia da solução ou vulnerabilidade (C) é classificada numa escala de 0,5 a 1,5, sendo que o valor 0,5 corresponde a um problema de mais difícil solução. A exequibilidade do projeto ou da intervenção (D) integra as componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade. Estes fatores determinam se a solução do problema em análise pode ser aplicada. É classificada em 1 valor para sim e 0 para não. Se obtiver 0, o problema será eliminado.

Foram evidenciadas quatro temáticas pertinentes de formação: demências, stress do cuidador, feridas e úlceras de pressão e posicionamentos/mobilizações, como já foi referido anteriormente. Não sendo possível intervir eficazmente em todas elas, aplicou-se o Método de Hanlon para definir as duas áreas prioritárias de formação. No quadro 2 evidenciam-se os quatro critérios do Método de Hanlon, a cada um dos problemas identificados.

Problemas	Amplitude	Gravidade	Vulnerabilidade	Exequibilidade	Valor de Prioridade (A+B)xCxD	Ordem de Prioridade
1 – Demências	2	3	1	1	5	2º
2 – Stress do Cuidador	2	3	1	1	5	2º
3 – Feridas e Úlceras de Pressão	2	5	1	1	7	1º
4 – Posicionamentos/ Mobilizações	1	3	1	1	4	3º

Quadro 2 – Método de Hanlon para definir temáticas

Analisando os resultados obtidos, identificou-se a primeira área prioritária de formação: as feridas e úlceras de pressão. Constata-se também que existe um empate entre o problema 1 e o problema 2, nomeadamente as demências e o stress do cuidador, pelo que se recorreu ao Método de Grelha de Análise.

Segundo Pineault e Daveluy (1987), o Método de Grelha de Análise destina-se à classificação de problemas de saúde, através da ordenação dos problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas.

Segundo Tavares (1990), esta técnica permite determinar prioridades partindo dos critérios: importância do problema, relação entre o problema e os fatores de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção. Utilizando a grelha de análise atribui-se sucessivamente uma classificação de mais (+) ou de menos (-) ao problema, de forma sequencial, segundo os quatro critérios enunciados.

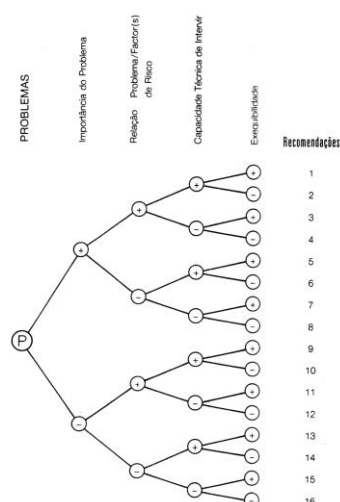


Figura 2 – Grelha de Análise para determinação de prioridades
Fonte: Pineault & Daveluy, (1986) por Tavares, (1990)

No quadro 3, mostra-nos o resultado da aplicação do Método da Grelha de Análise, nos problemas empatados.

Critérios	1 – Demências	2 – Stress do Cuidador
Importância do Problema	+	+
Relação de Problema/Fator de Risco	+	+
Capacidade técnica de resolver o problema	-	+
Exequibilidade da intervenção	+	+
Posição na Grelha	3º	2º

Quadro 3 – Método da Grelha de Análise (nos problemas empatados)

Após a aplicação dos métodos de definição de prioridades, obteve-se a seguinte ordem:

- 1º - Feridas e Úlceras de Pressão
- 2º - Stress do Cuidador
- 3º - Demências
- 4º - Posicionamentos/Mobilizações

Neste sentido, ficaram definidas as duas áreas de formação a serem ministradas aos cuidadores formais nas instituições para idosos do concelho de Marvão. Estas áreas são: Feridas e Úlceras de Pressão e Stress do Cuidador.

4. DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

A definição de objetivos corresponde à terceira etapa do processo de planeamento em saúde.

Após a determinação de prioridades, é necessário formular objetivos de forma a obter os resultados esperados para a população-alvo (Tavares, 1990).

Segundo Tavares (1990), objetivo é um resultado desejável e tecnicamente exequível da evolução de um problema, que altera, em princípio, a tendência da evolução natural desse problema.

Os objetivos são resultado esperados em termos do estado que se pretende para a população-alvo através da implementação de projetos.

Como objetivo geral deste projeto de intervenção comunitária definiu-se:

- Promover a capacitação e empoderamento dos Cuidadores Formais de idosos institucionalizados do concelho no âmbito das ‘Feridas e Úlceras por Pressão’ e ‘Stress do Cuidador’.

Como objetivos específicos definiram-se os seguintes:

- Identificar as principais necessidades dos Cuidadores Formais de idosos institucionalizados do concelho;
- Desenvolver sessões de educação para a saúde e sessões de formação no âmbito das áreas identificadas como prioritárias;
 - Melhorar os conhecimentos dos Cuidadores Formais nas áreas prioritárias;
 - Promover a partilha de experiências entre os cuidadores formais dos idosos institucionalizados;
 - Sensibilizar as Diretoras Técnicas das instituições para a importância da formação em serviço como forma de melhorar os cuidados prestados aos idosos institucionalizados;
 - Envolver as Direções Técnicas das instituições na promoção da qualidade de vida dos Cuidadores Formais dos idosos institucionalizados.

4.1 METAS E INDICADORES

De acordo com os objetivos anteriormente enumerados foram definidos os seguintes indicadores de atividade e de resultado que se apresentam no quadro abaixo.

Indicadores		Metas
Atividade	– Sessões de formação realizadas $\frac{\text{nº de sessões realizadas}}{\text{nº de sessões planeadas}} \times 100$	Realizar 100% de sessões
	– Participação dos Cuidadores Formais na sessão de formação: “Feridas e Úlceras por Pressão” $\frac{\text{Nº de CF que participaram}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter 80% de participação
	– Participação dos Cuidadores Formais na sessão de formação: “Stress do Cuidador” $\frac{\text{Nº de CF que participaram}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter 80% de participação
	– Taxa de satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de formação: “Feridas e Úlceras por Pressão” $\frac{\text{Nº de CF c/ boas ou muito boas expectativas}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter pelo menos 80% de CF com expectativas boas ou muito boas
	– Taxa de satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de formação: “Stress do Cuidador” $\frac{\text{Nº de CF c/ boas ou muito boas expectativas}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter pelo menos 80% de CF com expectativas boas ou muito boas
	– % de CF que classificam o desempenho do formador de muito bom $\frac{\text{Nº de CF a classificar Bom ou Muito Bom}}{\text{Nº total de CF a avaliar}} \times 100$	Obter pelo menos 80% de CF que classificam o desempenho do Formador de Bom ou Muito bom
Resultado	– % de CF que consideram ter um aumento de conhecimentos com as sessões $\frac{\text{Nº de CF a classificar Bom ou Muito Bom}}{\text{Nº total de CF a avaliar}} \times 100$	Obter pelo menos 70% de CF que consideram ter aumentado os conhecimentos
	– % de CF com 80% ou mais na classificação final da ficha de avaliação de conhecimentos $\frac{\text{Nº de CF com 80% ou mais}}{\text{Nº total de CF avaliados}} \times 100$	Obter pelos menos 70% de CF com classificação final de 80% ou mais na ficha de avaliação de conhecimentos
	– Taxa de incidência de Úlceras por Pressão após 6 meses da sessão de formação $\frac{\text{Nº de novas UPP}}{\text{Nº de UP existentes à data da formação}} \times 100$	Não obter UPP ou obter uma taxa de incidência inferior a 10%, 6 meses após a sessão de formação

Quadro 4 – Indicadores de Atividade e Resultado e respetivas metas

É de referir que o último indicador de resultado, taxa de incidência de Úlceras por Pressão após 6 meses das datas das sessões de formação, ficará a cargo da Enfermeira Orientadora que dará seguimento ao projeto de intervenção e fará a respetiva divulgação às instituições.

5. SELEÇÃO DE ESTRATÉGIAS

A fase de seleção de estratégias de intervenção diz respeito a um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar um determinado objetivo, reduzindo assim um ou mais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1993).

Sendo os objetivos atrás definidos como ponto de partida, foram delineadas as seguintes estratégias de intervenção:

1. Implementar o Projeto de intervenção comunitária;
2. Educação para a saúde e Sessões de Formação orientadas para os Cuidadores Formais;
3. Estabelecimento de Parceria: entre a Unidade de Cuidados na Comunidade e as Instituições para Idosos do Concelho; e com uma Psicóloga Clínica da Saúde.

Estratégia 1 – Implementar o Projeto de intervenção comunitária

Em conjunto com a enfermeira orientadora considerou-se pertinente elaborar sessões de educação para a saúde/sessões de formação nas áreas acima descritas. Surge assim o Projeto de Intervenção Comunitária: “Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores formais de pessoas idosas”.

Este projeto teve como população alvo os cuidadores formais das três instituições para idosos e o seu objetivo principal foi promover a capacitação e empoderamento dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados do concelho nas áreas prioritárias de forma a aumentar o seu conhecimento nestas áreas. Este projeto procurou ainda ser um contributo ao Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas (PNSPI, 2006), através da capacitação dos cuidadores formais no cuidado ao idoso dependente.

Após validação das estratégias pela Enfermeira Orientadora, iniciou-se a divulgação do projeto, quer através de cartaz (Apêndice 6) quer presencialmente junto das diretoras técnicas.

Estratégia 2 - Educação para a saúde e Sessões de Formação orientadas para os Cuidadores Formais.

Através desta estratégia pretende-se realizar sessões de formação nas áreas prioritárias de forma a aumentar os conhecimentos nestas áreas.

Foi criada uma ficha de inscrição (Apêndice 7) com os dados sociodemográficos dos cuidadores formais, bem como os diapositivos em formato PowerPoint para apoio às sessões de formação das áreas prioritárias (Apêndice 8 e 9). No final da sessão de formação de 'Feridas e Úlceras Por Pressão' foi aplicada uma ficha de avaliação de conhecimentos para perceber os conhecimentos (Apêndice 10) adquiridos pelos cuidadores formais após a formação. Foi também elaborado um documento de avaliação de ambas as sessões de formação pelos formandos (Apêndice 11 e 12) e outro documento de avaliação das sessões de formação pelo formador (Apêndice 13 e 14). Por fim foi elaborado um certificado de presença (Apêndice 15) para ser entregue a todos os cuidadores formais presentes nas sessões de formação.

Estratégia 3 - Estabelecimento de Parceria: entre a Unidade de Cuidados na Comunidade e as Instituições para Idosos do Concelho; e com uma Psicóloga Clínica.

Para este projeto ser possível tornou-se imprescindível criar parcerias com a UCC e com as Instituições para Idosos do Concelho. Estas parcerias tornaram exequível o percurso do projeto de intervenção e foram pensadas de forma a minimizar os problemas de saúde identificados como prioritários.

Foi também criada uma parceria com uma Psicologia Clínica, para que esta pudesse intervir na formação de 'Stress do Cuidador' de forma a ajudar os cuidadores formais a perceber as melhores estratégias a serem usadas para alívio de Stress neste contexto.

6. PREPARAÇÃO OPERACIONAL

Esta etapa consiste no planeamento das execuções que é a etapa que antecede à execução das atividades.

A especificação detalhada das atividades pretende definir, de forma pormenorizada, os resultados que pretendemos atingir, a lista de atividades a executar e a forma como devem ser executadas, avaliar os recursos que vão ser necessários para a execução dessas atividades e estabelecer um horário e um calendário detalhado da execução das atividades do projeto. (Imperator e Giraldes, 1993)

Estratégias	Atividades	Quem/Quando	Onde	Como	Objetivo	Avaliação
Implementar o Projeto de intervenção comunitária;	Contactar diretores técnicos para divulgação do Projeto; Elaborar cartazes de divulgação;	Enfª mestranda (setembro e outubro 2019)	Centro de Saúde; Instituições para idosos.	Presencial; Contato telefónico	Atenuar ou anular os problemas identificados no diagnóstico de situação.	Realizada
Educação para a saúde e Sessões de Formação orientadas para os Cuidadores Formais;	Preparação das sessões de formação; Realização das Sessões de Formação.	Enfª mestranda (novembro de 2019 a janeiro de 2020)	Centro de Saúde; Instituições para idosos;	Presencial	Capacitar os cuidadores formais nas áreas prioritárias.	Realizada
Estabelecimento de Parceria: entre a UCC e as Instituições para Idosos do Concelho; e com uma Psicóloga.	Contatar direções técnicas; Contatar Psicóloga;	Enfª mestranda (setembro e outubro 2019)	Centro de Saúde.	Presencial; Contato telefónico	Aumentar conhecimentos dos cuidadores formais;	Realizada

Quadro 5 – Preparação Operacional do Projeto de Intervenção

O cronograma deste projeto por de ser consultado em Apêndice 16.

6.1 PREVISÃO DE RECURSOS

Segundo Tavares (1990), o cálculo dos recursos humanos e materiais para atingir as metas definidas, parte do conhecimento dos recursos existentes, resultando na determinação do custo de um projeto.

A tabela abaixo é representativa dos recursos necessários ao desenvolvimento do projeto.

Estimativa de Custos	
Recursos Humanos	
– Enfª Mestranda	0€
– Enfª Orientadora	300€
– Direções Técnicas	1200€
TOTAL:	1500€
Recursos Materiais	
– Material de suporte às sessões (canetas, fotocópias de material de apoio)	30€
– Material de suporte à preparação das sessões (papel, impressora, tinteiros)	70€
– Viatura e combustível para as deslocações às instituições	400€
TOTAL:	500€
Custo total:	2000€

Quadro 6 – Recursos e Custos do Projeto

Obs.: Não foi contabilizado nos custos o computador pois utilizou-se o computador da Enfermeira mestranda. Também não foi contabilizado o projetor porque foram utilizados os projetores de cada instituição.

7. EXECUÇÃO

Nesta fase foram colocadas em prática todas as atividades delineadas que procuram dar resposta aos objetivos definidos. As sessões de formação decorreram nas instalações das Instituições para idosos selecionadas em janeiro de 2020, em horário pós-laboral, entre as 16h30 e 18h30, de forma a proporcionar uma maior adesão dos cuidadores formais. Cada instituição foi intervencionada em dias diferentes que foram acordados com as diretoras técnicas.

Iniciou-se a formação com o preenchimento de uma ficha de inscrição com os dados sociodemográficos dos cuidadores formais. Esta ficha foi aplicada nas três instituições de forma a conhecer um pouco melhor o público alvo, nomeadamente os cuidadores formais.

No que respeita à caracterização sociodemográfica do público alvo, contactou-se que os cuidadores formais são na sua totalidade do sexo feminino e cerca de 65% têm entre 40 e 59 anos de idade. Cerca de 90% são de nacionalidade portuguesa. As habilitações literárias dos grupos são na maioria o 3º Ciclo do Ensino Básico com 34,9%, seguindo-se com igual pontuação, 25,6%, o 2º Ciclo do Ensino Básico e o Ensino Secundário. Constata-se ainda que duas cuidadoras formais têm um curso de Ensino Superior.

Quanto à formação pode constatar-se que cerca de 65% dos cuidadores refere ter formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente (cursos de geriatria ou similares) e cerca de 35% refere não ter formação nesta área. Pode constatar-se também que mais de metade dos cuidadores refere ter tido formação à menos de 1 ano. Cerca de 37% exerce a atividade como cuidador há mais de 10 anos e apenas cerca de 9% exerce esta atividade há menos de 1 ano. Mais de metade, caracteriza o seu nível de formação como *Bom*, sendo que apenas um cuidador caracteriza o seu nível de formação como *Insuficiente*. Pode também constatar-se que a maioria dos cuidadores formais caracterizam o nível de cuidados que prestam como *Bom*.

Os dados acima descritos podem ser consultados em Apêndice 17.

A sessão de Formação ‘Feridas e Úlceras por Pressão’ iniciou-se pelo preenchimento da ficha de inscrição, como já foi referido, e posteriormente foi dado início à sessão através dos diapositivos em PowerPoint. O quadro seguinte descreve os objetivos da sessão e os conteúdos abordados.

Sessão de Formação 1: 'Feridas e Úlceras por Pressão'	
Objetivos	Conteúdos Abordados
<ul style="list-style-type: none"> – Conhecer os tipos de Feridas – Reconhecer a importância dos cuidados imediatos a uma ferida – Alertar para sinais de infecção 	Feridas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Tipos de feridas ✓ Primeiros cuidados a uma ferida ✓ Prevenir infecção ✓ Vigiar sinais de infecção
<ul style="list-style-type: none"> – Compreender a definição de UP – Descrever a localização mais frequente – Reconhecer a importância da prevenção – Reconhecer sinais de alarme – Compreender a importância dos posicionamentos 	Úlceras por Pressão: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Definição de UP ✓ Localização mais frequente ✓ Como prevenir

Quadro 7 – Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão

Tendo em conta que a sessão se destinava a um grupo de adultos, foi sempre dada a possibilidade de intervenção e de reflexão por parte dos cuidadores formais, de modo a ir ao encontro das suas necessidades, expectativas e dúvidas. É de salientar que qualquer uma das sessões de formação tiveram uma elevada participação, em que os cuidadores formais descreveram e questionaram as dificuldades que têm no seu dia a dia na prevenção das úlceras por pressão. Estas dificuldades foram discutidas em grupo no sentido de minimizar os obstáculos por estes sentidos.

O plano de sessão da Sessão de Formação de Feridas e Úlceras por Pressão pode ser consultado em Apêndice 18.

No que diz respeito à sessão de formação 'Stress do Cuidador', o quadro abaixo mostra os objetivos da sessão bem como os conteúdos abordados.

Sessão de Formação 2: "Stress do Cuidador"	
Objetivos	Conteúdos Abordados
<ul style="list-style-type: none"> • Compreender o que é o Burnout 	Burnout: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O que é? ✓ Sinais ✓ Estratégias de Coping
<ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer sinais de Burnout 	
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer estratégias de Coping para evitar o Burnout 	

Quadro 8 – Sessão de Formação: Stress do Cuidador

É de referir que esta sessão de formação teve a parceria e colaboração de uma psicóloga clínica. Foi muito bem recebida pelos cuidadores formais.

É também de salientar que ao longo da sessão de formação, foi também dada oportunidade de intervenção e de reflexão aos cuidadores formais.

O plano de sessão da Sessão de Formação de Stress do Cuidador/Burnout pode ser consultado em Apêndice 19.

No fim das sessões de formação em cada instituição foram entregues os certificados de presença a cada cuidador formal. Este documento pode ser consultado em Apêndice 15.

8. AVALIAÇÃO

Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a última etapa do planeamento em saúde consiste em comparar algo com um padrão, de forma a corrigir ou afinar as atividades realizadas ou planejar de forma mais eficiente.

Para o projeto, foram elaborados indicadores e metas que pudessem avaliar o mesmo.

O primeiro indicador, indicador de atividade, avalia as sessões realizadas. Este indicador foi atingido com sucesso na medida em que foram realizadas 6 sessões de formação, nomeadamente 2 em cada instituição.

O segundo indicador de atividade refere-se às presenças dos cuidadores formais nas sessões de formação. Obteve-se mais de 80% de presenças em cada instituição, sendo que a meta para atingir este indicador era de obter 80% de participação.

	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	Percentagem %
Nº CF que participaram	83,3%	100%	83,3%	91,5%
Nº CF que faltaram	4,6%	0%	4,6%	8,5%
Nº de CF total	25,5%	49%	25,5%	47 = 100%

Quadro 9 – Participação dos Cuidadores Formais na Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão e Stress do Cuidador

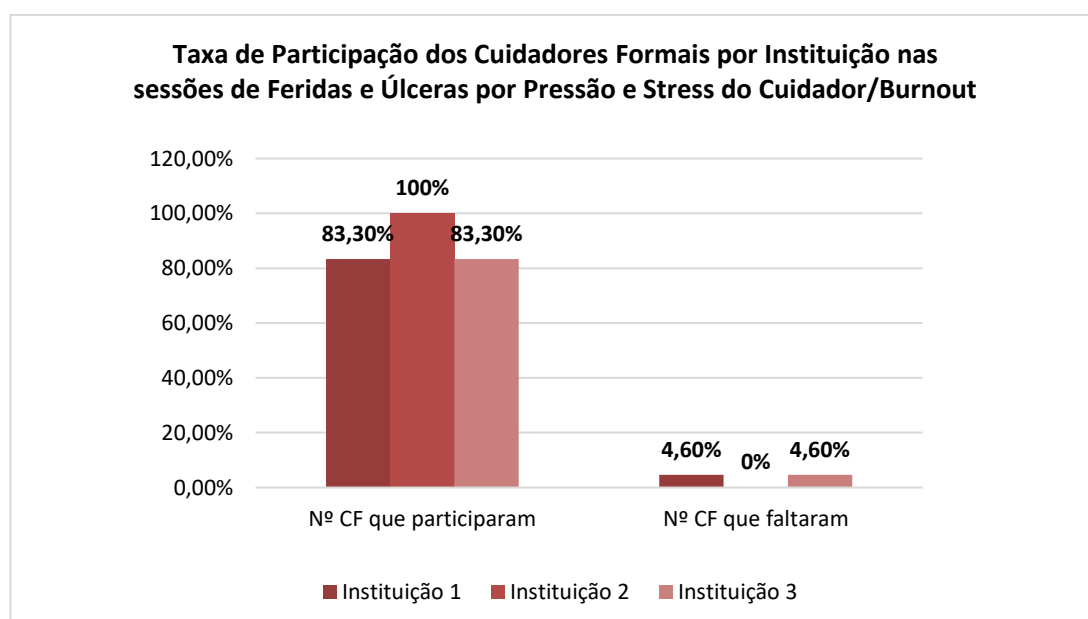


Gráfico 1 - Participação dos Cuidadores Formais na Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão e Stress do Cuidador/Burnout por instituição

À medida que o projeto foi sendo implementado foram usados instrumentos de recolha de dados que possibilitaram a realização de uma avaliação, tais como: uma ficha de avaliação de conhecimentos, aplicada no final da sessão de formação de Feridas e Úlceras por Pressão, uma ficha de avaliação da sessão de Feridas e Úlceras por Pressão pelos formandos e uma ficha de avaliação da sessão de Stress do Cuidador/Burnout pelo formando, ambas aplicadas no final de cada sessão de formação, respetivamente.

Em relação à ficha de avaliação de conhecimentos, pode verificar-se no quadro abaixo que mais de 70% dos formandos obtiveram mais de 80% de classificação.

Formando	Percentagem na ficha de avaliação		
	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3
1	95%	95%	100%
2	55%	85%	100%
3	95%	80%	95%
4	60%	80%	90%
5	65%	70%	100%
6	80%	95%	100%
7	80%	95%	75%
8	95%	95%	95%
9	85%	95%	85%
10	100%	100%	85%
11	-	100%	-
12	-	100%	-
13	-	100%	-
14	-	95%	-
15	-	95%	-
16	-	95%	-
17	-	95%	-
18	-	100%	-
19	-	95%	-
20	-	75%	-
21	-	100%	-
22	-	100%	-
23	-	95%	-
Média obtida	81%	93%	92,5%

Quadro 10 – Resultados da ficha de avaliação de conhecimentos

Depois de analisar os resultados das fichas de avaliação, verifica-se que nas 3 instituições a média de classificação foi acima de 80%. Um dos indicadores de resultado que foi selecionado, foi a percentagem de Cuidadores Formais com 80% ou mais na classificação da ficha de avaliação de conhecimentos que se

obtem através da relação entre o nº de cuidadores formais com 80% ou mais sobre o nº total de cuidadores formais avaliados. Para este indicador, a meta definida foi 70% de cuidadores formais com classificação de 80% ou mais. Pode afirmar-se que se obteve mais de 70% nas três instituições, sendo que na Instituição 1 obteve-se 70%, na Instituição 2 obteve-se 91,3% e na Instituição 3 obteve-se 90%.

Em relação às fichas de avaliação de ambas sessões de formação, definiram-se indicadores de atividade para avaliar as mesmas, nomeadamente a taxa de satisfação dos cuidadores formais com a sessão de formação das Feridas e Úlceras por Pressão, a taxa de satisfação dos cuidadores formais da sessão de formação do Stress do Cuidador/Burnout e por fim a percentagem de cuidadores formais que avaliaram o desempenho do formador com *Bom* ou *Muito Bom*. Em relação à taxa de satisfação dos cuidadores formais de ambas as sessões, obteve-se mais de 80% de boas ou muito boas expectativas nas 3 instituições, por isso pode considerar-se atingida esta meta que estava estabelecida para pelo menos 80% dos cuidadores formais classificarem as expectativas com *Bom* ou *Muito Bom*. Em relação à percentagem de cuidadores formais que avaliaram o desempenho do formador como *Bom* ou *Muito Bom*, verifica-se que se obteve mais de 95% de cuidadores formais que classificaram o desempenho do formador como *Bom* ou *Muito Bom*, por isso, a meta considera-se atingida.

Os quadros e gráficos abaixo são representativos dos dados apresentados anteriormente.

	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	Percentagem %
Nulo	0	0	0	0%
Fraco	0	0	0	0%
Suficiente	0	1	0	2,3%
Bom	1	14	1	37,2%
Muito Bom	9	8	9	60,5%
Total	10	23	10	100%

Quadro 11 – Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão

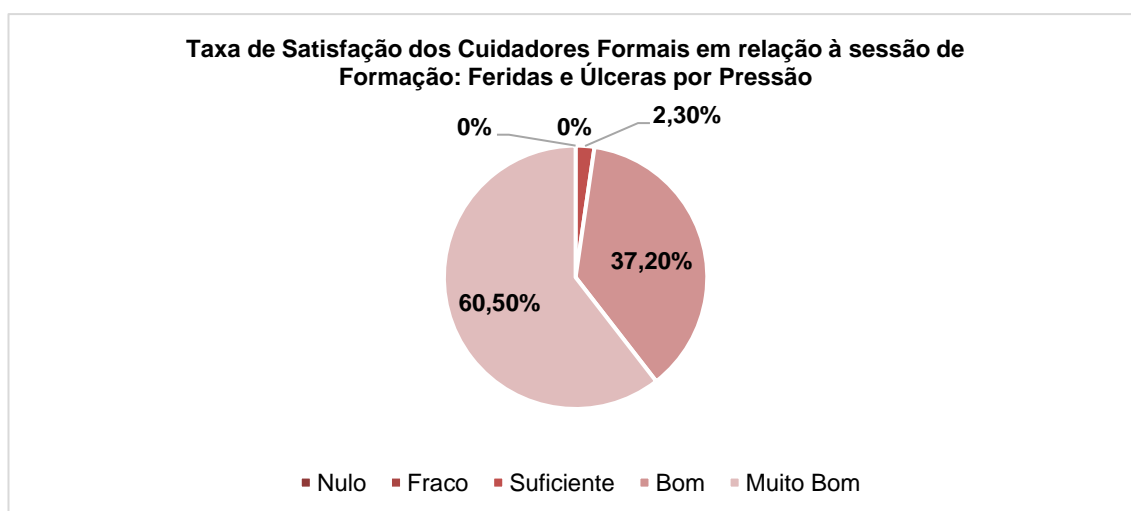


Gráfico 2 - Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão

	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	Percentagem %
Nulo	0	0	0	0%
Fraco	0	0	0	0%
Suficiente	0	0	0	0%
Bom	0	12	1	31,7%
Muito Bom	8	11	9	68,3%
Total	8	23	10	100%

Quadro 12 – Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de Formação: Stress do Cuidador/Burnout

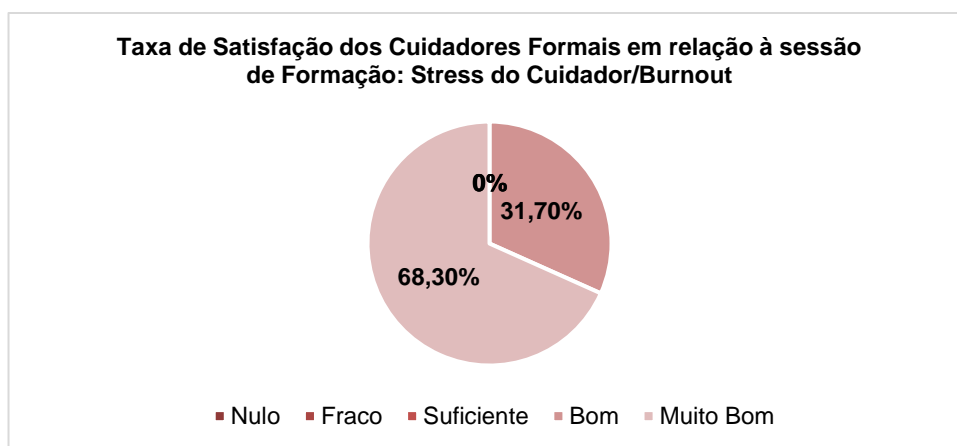


Gráfico 3 – Taxa de Satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de Formação: Stress do Cuidador/Burnout

	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	Percentagem %
Nulo	0	0	0	0%
Fraco	0	0	0	0%
Suficiente	0	0	0	0%
Bom	2	22	1	29,8%
Muito Bom	16	24	19	70,2%
Total	18	46	20	100%

Quadro 13 – Percentagem de Cuidadores Formais que classificam o desempenho do formador como *Bom* ou *Muito Bom*

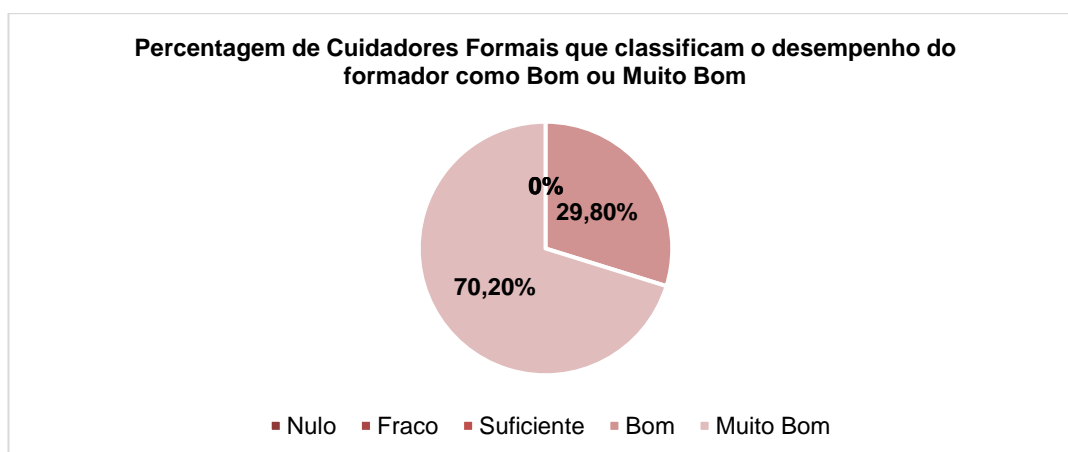


Gráfico 4 - Percentagem de Cuidadores Formais que classificam o desempenho do formador como *Bom* ou *Muito Bom*

No que diz respeito aos indicadores de resultado, foram elaborados os seguintes indicadores: percentagem de cuidadores formais que consideram ter um aumento de conhecimentos com a

participação nas sessões, percentagem de cuidadores formais com 80% ou mais de classificação na ficha de avaliação de conhecimentos e a taxa de incidência de Úlceras por Pressão 6 meses após as sessões de formação.

Em relação ao aumento de conhecimentos com a participação nas sessões de formação, verifica-se que mais de 95% consideram ter aumentado os conhecimentos. Este indicador de resultado tinha como meta 70% de cuidadores formais que consideram ter aumentado os conhecimentos classificando com *Bom* ou *Muito Bom* este item. Neste sentido, considera-se um indicador atingido.

	Instituição 1	Instituição 2	Instituição	Percentagem %
Nulo	0	0	0	0%
Fraco	0	0	0	0%
Suficiente	0	3	0	3,6%
Bom	6	29	4	46,4%
Muito Bom	12	14	16	50%
Total	18	46	20	100%

Quadro 14 – Percentagem de Cuidadores Formais que consideram ter um aumento de conhecimentos com a participação nas sessões de formação

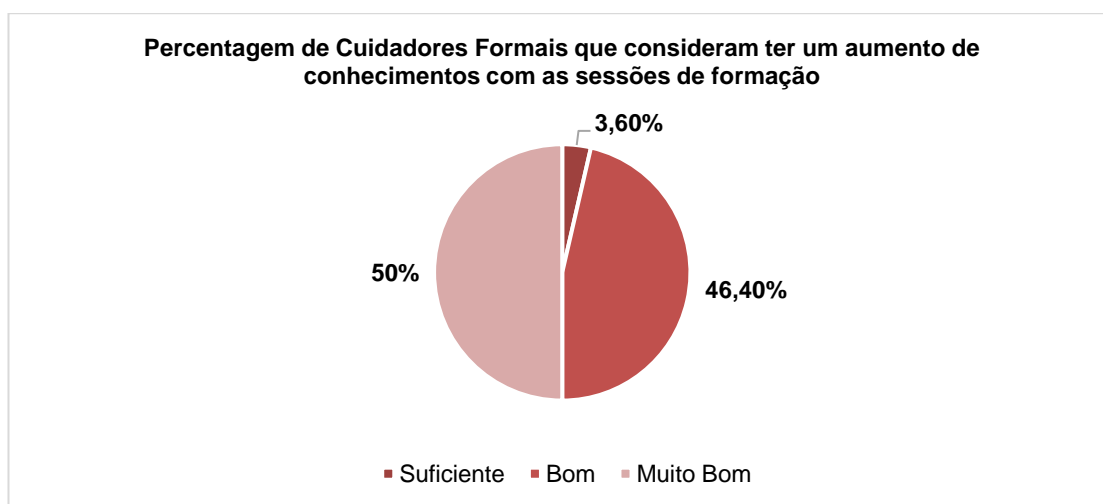


Gráfico 5 - Percentagem de Cuidadores Formais que consideram ter um aumento de conhecimentos com a participação nas sessões de formação

Em relação ao último indicador de resultado: a taxa de incidência de Úlceras por Pressão nos 6 meses após as sessões de formação, não podemos avaliar neste momento. Será avaliado pela Enfermeira Orientadora aquando das suas funções na UCC.

Foi construído um quadro que sintetiza os indicadores de atividade e de resultado, bem como as metas que defini e o resultado alcançado.

	Indicadores	Metas	Resultado	Avaliação
Atividade	– Sessões de formação realizadas $\frac{\text{nº de sessões realizadas}}{\text{nº de sessões planeadas}} \times 100$	Realizar 100% de sessões	(6/6) = 100%	Atingido
	– Taxa de participação dos Cuidadores Formais na sessão de formação: “Feridas e Úlceras por Pressão” $\frac{\text{Nº de CF que participaram}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter 80% de participação	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição 1 (10/12) x 100 = 83,3% • Instituição 2 (23/23) x 100 = 100% • Instituição 3 (10/12) x 100 = 83,3% 	Atingido
	– Participação dos Cuidadores Formais na sessão de formação: “Stress do Cuidador” $\frac{\text{Nº de CF que participaram}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter 80% de participação	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição 1 (10/12) x 100 = 83,3% • Instituição 2 (23/23) x 100 = 100% • Instituição 3 (10/12) x 100 = 83,3% 	Atingido
	– Taxa de satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de formação: “Feridas e Úlceras por Pressão” $\frac{\text{Nº de CF c/ boas ou muito boas expectativas}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter pelo menos 80% de CF com expectativas boas ou muito boas	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição 1 – 100% • Instituição 2 – 95,7% • Instituição 3 – 100% 	Atingido
	– Taxa de satisfação dos Cuidadores Formais em relação à sessão de formação: “Stress do Cuidador” $\frac{\text{Nº de CF c/ boas ou muito boas expectativas}}{\text{Nº total de CF}} \times 100$	Obter pelo menos 80% de CF com expectativas boas ou muito boas	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição 1 – 100% (apenas 8 responderam) • Instituição 2 – 100% • Instituição 3 – 100% 	Atingido
	– % de CF que classificam o desempenho do formador com bom ou muito bom $\frac{\text{Nº de CF a classificar bom ou muito bom}}{\text{Nº total de CF a avaliar}} \times 100$	Obter pelo menos 80% de CF que classificam o desempenho do Formador com bom ou muito bom	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição 1 – 100% • Instituição 2 – 100% • Instituição 3 – 100% 	Atingido
Resultado	– % de CF que consideram ter um aumento de conhecimentos com as sessões $\frac{\text{Nº de CF a classificar bom ou muito bom}}{\text{Nº total de CF a avaliar}} \times 100$	Obter pelo menos 70% de CF que consideram ter um aumento dos conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição 1 – 100% • Instituição 2 – 93,5% • Instituição 3 – 100% 	Atingido
	– % de CF com 80% ou mais na classificação da ficha de avaliação de conhecimentos $\frac{\text{Nº de CF com 80% ou mais}}{\text{Nº total de CF avaliados}} \times 100$	Obter pelos menos 70% de CF com classificação de 80% ou mais na ficha de avaliação de conhecimentos	<ul style="list-style-type: none"> • Instituição 1 7/10 x100 = 70% • Instituição 2 21/23 x100 = 91,3% • Instituição 3 9/10 x100 = 90% 	Atingido
	– Taxa de incidência de Úlceras por Pressão após 6 meses da sessão de formação $\frac{\text{Nº de novas UPP}}{\text{Nº de UP existentes à data da formação}} \times 100$	Não obter UPP ou obter uma taxa de incidência inferior a 10%, 6 meses após a sessão de formação	A avaliar 6 meses após datas das sessões de formação.	Aguarda Avaliação

Quadro 15 – Indicadores de Atividade e Resultado, Metas e Resultados

Tendo por base a análise destes dados, pode afirma-se que as atividades realizadas deram resposta positiva aos objetivos delineados, nomeadamente melhorar os conhecimentos dos cuidadores formais no que se refere às úlceras por pressão e às estratégias de alívio de stress no contexto da prestação de cuidados aos idosos dependentes.

9. OUTRAS ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Este estágio permitiu não só a implementação do projeto de intervenção, bem como participar noutras atividades da UCC. Todas elas contribuíram para a aquisição de competências assim como aumentar conhecimentos no que toca aos cuidados de saúde primários e à enfermagem comunitária e de saúde pública.

As atividades desenvolvidas foram:

- A visitação domiciliária na área abrangente à UCC;
- A realização de pensos a lesões de diversas etiologias, tanto em contexto domiciliário como em contexto de centro de saúde;
- Participação em formações internas nomeadamente acerca de apósitos para feridas/queimaduras e Úlceras por Pressão;
- Participação em reuniões de serviço.

III. REFLEXÃO CRÍTICA – COMPETÊNCIAS ADQUIRIDAS ENQUANTO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA

Neste último capítulo importa refletir sobre as competências adquiridas que irão conduzir à obtenção do grau de Mestre e do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Para a obtenção dos mesmos, os enfermeiros devem possuir um conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista que têm quatro domínios: Responsabilidade profissional, ética e legal, Melhoria contínua da qualidade, Gestão de Cuidados e, Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

No que diz respeito ao domínio da **responsabilidade profissional, ética e legal**, considera-se que se assumiu sempre uma postura profissional, ética e legal adequada no desenvolvimento deste projeto e no decorrer de todo o estágio. Considera-se que a mestranda agiu de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional da enfermagem, respeitando sempre os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Para a elaboração deste projeto, foram construídas estratégias de resolução de problemas em parceria com as direções técnicas das instituições, para que as atividades a desenvolver fossem de acordo com os seus problemas, selecionando as atividades mais apropriadas baseadas no conhecimento e na experiência da mestranda e da equipa. Durante a elaboração do diagnóstico de situação preservou-se a privacidade e o anonimato durante as entrevistas. Foi também construído um consentimento informado livre e esclarecido para que todos os procedimentos fossem realizados de forma livre e consciente por parte das instituições. De acordo com o exposto, considera-se atingida esta competência.

Refletindo sobre o domínio da **melhoria contínua da qualidade**, considera-se que com a elaboração do projeto foram desenvolvidas práticas de qualidade para melhoria contínua dos serviços que são prestados pela UCC onde decorreu o estágio. Para a realização deste estágio foi necessário consultar documentos de informação tais como: o diagnóstico social do concelho, dados estatísticos, plano de atividades da UCC, entre outros para identificar os problemas daquele concelho. Foi criado um ambiente terapêutico e seguro de forma a que a população alvo e dos clientes do Centro de Saúde se sentissem seguros e protegidos. Foi também feita gestão do risco em todas as atividades desenvolvidas. Perante o descrito em cima, considera-se atingida esta competência.

Quando ao domínio da **gestão de cuidados**, considera-se que colaborou nas decisões da equipa, por meio das intervenções realizadas nas reuniões da mesma. Foi também desenvolvido o projeto de intervenção assumindo sempre uma postura de liderança perante o mesmo, tendo em conta a adequação dos recursos e das atividades a desenvolver. Foram estabelecidos contatos com os parceiros deste projeto de forma a otimizar o projeto e a construir estratégias adequadas ao desenvolvimento do mesmo, tendo por base a experiência de todos os intervenientes. Nas sessões de formação houve o cuidado de permitir todas as intervenções, fomentando a participação e o envolvimento dos cuidadores formais. Neste sentido, considera-se atingida esta competência.

No domínio do **desenvolvimento das aprendizagens**, pode afirma-se que o todo o trabalho desenvolvido durante o estágio contribui para o desenvolvimento de aprendizagens que acarretaram um grande empenho pessoal e profissional. Foi realizada uma revisão integrativa da literatura que permitiu dar uma base de evidência científica ao projeto, em que o resumo pode ser consultado em Apêndices (Apêndice 20). Também se desenvolver a competência de formador, em que se elaborou e ministrou as sessões de formação nas áreas selecionadas. Considera ter-se atingido esta competência.

Sabendo que os Cuidados de Saúde Primários assumem cada vez mais uma posição muito importante no que toca ao tratamento da doença bem como na sua prevenção, o enfermeiro especialista em enfermagem comunitária assume um papel de grande relevância e deverá ser o eixo estruturante e funcional na garantia ao acesso e na prestação de cuidados, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários (RCEEEECSP, 2018).

Neste estágio no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem na área de especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, onde foi desenvolvido o projeto “Capacitar para Cuidar” considerou-se de extrema importância a reflexão acerca do desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, tendo em conta o Regulamento nº 428/2018.

Partindo da primeira competência específica que visa **estabelecer, com base na metodologia do Planeamento em Saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade**, podemos considerar esta competência atingida, na medida em que a elaboração do projeto de intervenção comunitária permitiu aprofundar conhecimentos sobre o Planeamento em Saúde, executando-o com base nessa metodologia. Elaborou-se o diagnóstico de saúde do concelho com base nos dados estatísticos, documentos relevantes e com base nas entrevistas realizadas nomeadamente aos diretores técnicos de três instituições para idosos, sendo que se identificaram as necessidades dos cuidadores formais destas instituições. Foram estabelecidas prioridades para definir as áreas formativas a serem trabalhadas, delineados objetivos e

metas, e selecionadas estratégias para alcançar os mesmos com vista à diminuição/resolução dos problemas identificados no diagnóstico de saúde e foi feita a avaliação do projeto de forma a quantificar os ganhos em saúde para a população alvo. Durante a elaboração do projeto foram sempre reformulados os objetivos e as estratégias para atingir o melhor resultado.

Refletindo sobre a segunda competência específica deste regulamento que visa **contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades**, pode considera-se que foi atingida. Considera-se que a implementação do projeto promoveu a capacitação dos grupos de cuidadores formais das instituições para idosos do concelho, na medida em que foram desenvolvidas e ministradas sessões de formação nas áreas das Feridas e Úlceras por Pressão e Stress do cuidador/Burnout com o objetivo de capacitar e empoderar este grupo.

Partindo da terceira competência específica deste regulamento que **visa integrar a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário e na consecução dos objetivos do Plano Nacional de Saúde**, considera-se atingida. O projeto de intervenção comunitária teve por base a Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável (2017-2025) (DGS, 2017). Uma das linhas orientadoras desta Estratégia visa a gestão de processo de comorbilidade direcionadas aos cuidadores de pessoas idosas nas respostas dirigidas a este grupo em situação de dependência. Neste sentido, o projeto baseia-se nesta Estratégia Nacional. Na implementação deste projeto foram otimizados e maximizados os recursos necessários para o desenvolvimento das estratégias e consequentemente para atingir os objetivos definidos.

Considerando a última competência que visa a **realização e a cooperação na vigilância epidemiológica de âmbito geodemográfico**, pode afirma-se que foi atingida. Procedeu-se à vigilância dos fenómenos de saúde-doença que ocorrem no concelho, nomeadamente na incidência de Úlceras por Pressão nestas unidades de saúde dirigidas aos idosos.

Quanto à atribuição do grau de mestre, o Decreto-Lei nº 63/206 de 13 de Setembro, no Capítulo III, no artigo 15º, refere que o mesmo é conferido aos que demonstrem possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que, sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde e que permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação. Outra das condições passa por saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo; passa por ter capacidade de integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta; devem ser capazes de

comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes de uma forma clara e sem ambiguidades e, por último, ter competências que lhes permitam um aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior, 2016)

A elaboração deste relatório permitiu desenvolver competências e conhecimentos e comunicar as conclusões do mesmo.

A realização da revisão integrativa da literatura permitiu aprofundar conhecimentos anteriormente obtidos e também suportar o projeto de intervenção comunitária que se fundamentou na prática baseada na evidência.

Considera-se desta forma que foram alcançadas as competências necessárias à obtenção do grau de mestre e de enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública.

CONCLUSÃO

No presente relatório foram descritas todas as atividades realizadas em contexto de estágio na UCC onde decorreu o mesmo. Este estágio tinha como grande objetivo a aquisição das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

Com já foi referido anteriormente, o envelhecimento afeta a maioria dos países desenvolvidos, sendo que Portugal faz parte desse grupo. Com o decorrer do envelhecimento, existem alterações de ordem biológica e psicológica que leva à dependência dos idosos e consequente institucionalização. Neste processo existem cuidadores formais que auxiliam os idosos na realização e satisfação das atividades de vida diária. Os cuidadores com formação podem vir a contribuir para uma boa prestação de cuidados a este grupo.

Segundo Sousa (2011), este grupo profissional não tem sido uma prioridade para os governos, no entanto o investimento na formação e na valorização dos cuidadores formais é fundamental para um aumento na qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

O enfermeiro especialista em enfermagem comunitária tem um papel fundamental na comunidade, pela sua proximidade com a mesma. Neste sentido, é de extrema importância que este coloque em prática as suas competências específicas em prol da melhoria dos cuidados prestados pelos cuidadores formais através do desenvolvimento de projetos de intervenção comunitária que respondam às necessidades deste grupo profissional.

Considera-se que o projeto “Capacitar para Cuidar”, foi ao encontro às necessidades formativas dos cuidadores formais e contribuiu para a melhoria dos cuidados prestados pelos mesmos.

A elaboração deste projeto com base na metodologia do planeamento em saúde permitiu o desenvolvimento e aquisição das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública. A elaboração do artigo científico permitiu também o desenvolvimento da prática baseada na evidência, uma ferramenta essencial na prestação de cuidados de excelência enquanto enfermeira.

Importa referir que só foi possível a conclusão deste projeto pelo apoio incondicional da Enfermeira Orientadora e da Professora Orientadora, que tiveram sempre uma palavra de apoio nos piores momentos deste caminho. A disponibilidade por parte de todos os intervenientes foi um motivo de sucesso na realização do projeto.

Pelo que já foi referido ao longo de todo este documento, considera-se que os objetivos do estágio foram alcançados bem como foram adquiridas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária e de saúde pública assim como as condições para a obtenção do grau de mestre.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, A. (2008). *A pessoa idosa institucionalizada em Lares. Aspectos e contextos da Qualidade de Vida*. Dissertação de Mestrado apresentada ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10216/7218>
- Beddome, G. (1995). *Community as client Assessment*. A Neuman Based Guide for Education and Practice. B. Neuman. The Neuman Systems Model. 3ª ed. Norwalk: Appleton e Lange.
- Blanes L, Ferreira LM. (2014). *Prevenção e tratamento de úlcera por pressão*. São Paulo: Atheneu.
- Bogalho, M. (2017). *Stress Ocupacional e Coping em cuidadores formais (Ajudantes de Ação Direta) de idosos (In)dependentes institucionalizados*. Mestrado em Psicologia do Trabalho e das Organizações. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10284/5837>
- Born, T.; Boechat, N. (2002) - *A qualidade dos cuidados ao idoso institucionalizado*. Tratado de Geriatria e Gerontologia. Rio de Janeiro: Koogan.
- Braga, G., Silva, J. (2011). *Teorias de enfermagem*. São Paulo: Iátria.
- Cardão, S. (2009) – *O Idoso Institucionalizado*. Coisas de Ler. Lisboa.
- Carrilho, P.M. (2012). *Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos*. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10198/7988>
- Carta de Ottawa (1986). 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ottawa, Canadá. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>

- Conceição, J. (2012). Envelhecimento de Idosos Institucionalizados: Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa. Disponível em: <http://recil.grupolusofona.pt/bitstream/handle/10437/3534/Jocelina%20Gameiro%20dos%20Santos%20Concei%C3%A7%C3%A3o%20-%20Projeto%20Mestrado%2026J.pdf?sequence=1>
- Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. 1978. Set 6-12. Alma Ata, Cazaquistão. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf;jsessionid=607850CD20AC6324B52679F76EDB9D73?sequence=5
- Cooper, C. & Marshall, J. (1982). Fontes ocupacionais de stress: uma revisão da literatura relacionada com doenças coronárias e com saúde mental. *Análise Psicológica*, 2(2-3), 153-170. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.12/2066>
- Decreto-Lei nº 28/2008. Diário da República nº 38/22 de fevereiro de 2008 - 1ª Série. Ministério da Saúde. Lisboa. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/247675/details/maximized>
- Decreto-Lei nº 63/2016. Diário da República nº 176 de 13 de setembro de 2016 – 1ª série. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa. Disponível em: https://dre.pt/home/-/dre/75319452/details/maximized?p_auth=0xVgXbzq
- Direcção-Geral da Saúde (2004). Programa Nacional para a Saúde das Pessoas Idosas. Circular Normativa nº13/DGCG. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-13dgcg-de-02072004-pdf.aspx>
- Direcção-Geral da Saúde (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável 2017-2025. Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Fernandes, P. (2002). *A Depressão no Idoso*. (2ª ed.). Coimbra: Editora Quarteto. Disponível em: <https://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1663/1/DRAGO%20Susana%20Margarida%20Mestre%20Santos%20-%20Diss%20mestrado.pdf>

Figueiredo, D. (2007). Cuidados a familiares ao idoso dependente (1ª ed.). Lisboa: Cadernos Climepsi de Saúde.

Figueiredo, D. (2007). *Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência: abordagem multidimensional das (dis)semelhanças*. Doutoramento em Ciência da Saúde. Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10773/4664>

Fortin, M. (1999). O processo de investigação: da concepção à realização. Loures. Lusociência.

Gratão ACM, Talmelli, LFS, Figueiredo LC, Rosset I, Freitas CP, Rodrigues RAP. (2013). Dependência funcional de idosos e a sobrecarga do cuidador. Rev Esc Enferm USP. 47(1):137-44. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S008062342013000100017&lng=pt&nrm=iso

Guedes, J. (2012). *Viver num Lar de Idosos: Identidade em Risco ou Identidade*. Riscada. Coisas de Ler. Lisboa.

Guerra, I. (2006). Pesquisa Quantitativa e Análise de Conteúdo – Sentidos e Formas de uso. 1ª Edição. Princípia Editora.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª Edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Instituto Nacional de Estatística (2012). Censos 2011. Resultados Definitivos – Alentejo. Disponível em: https://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=73212469&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554

Instituto Nacional de Estatística (2014). Estatísticas Demográficas. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=10756558&PUBLICACOESmodo=2

Instituto Nacional de Estatística (2017). Projeções de População Residente 2015-2080. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=277695619&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Jeremias, R. & Rodrigues, F. (2010). O Cuidar de Enfermagem ao Cliente Comunidade. Nursing. Novembro 2010. P. 12-17 ISSN 0871-6196. Disponível em: <http://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/nursing/item/3581-o-cuidar-de-enfermagem-ao-sistema-cliente-comunidade#.XvMXWhKhPY>

Martins, N. (2014). *Pessoas idosas e incontinência urinária: Trajetória da proposição de um modelo de sistematização da assistência especializada em enfermagem*. Tese de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, Brasil. Disponível em : <https://www.ufjf.br/pgenfermagem/files/2010/05/Dissertac%c3%a3o-Nath%c3%a1lia-Alvarenga-Martins.pdf.pdf>

Martins, R. (2006) - *Envelhecimento e políticas sociais*. Educação, ciência e tecnologia. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/408>

Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. Annual Review of Psychology. 52, 397-422. doi:10.1146/annurev.psych.52.1.397. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

Militar, S. (2012). Formar para Cuidar. Relatório de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária. Universidade Católica Portuguesa. Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/13570/1/Relat%C3%B3rio%20Sofia%20Militar.pdf>

Ministério da Saúde (2018). Retrato da Saúde, Portugal. Disponível em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2018/04/RETRATO-DA-SAUDE_2018_compressed.pdf

National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel and Pan Pacific Pressure Injury Alliance. (2014). Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Quick Reference Guide. Emily Haesler (Ed.). Cambridge Media: Osborne Park, Australia. Disponível em:

<https://www.epuap.org/wp-content/uploads/2016/10/portuguese-quick-reference-guide-jan2016.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005). Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos.

Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em:
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2018). *Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. Disponível em:

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8418/115698536.pdf>

Organização De Cooperação para o Desenvolvimento Económico (2013) - A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care. Paris. Disponível em:

<https://www.oecd.org/els/health-systems/a-good-life-in-old-age-9789264194564-en.htm>

Organização Mundial de Saúde (1946). Constituição da Organização Mundial de Saúde. Decreto-Lei nº34406 de 10 de julho de 1947. Nova Iorque.

http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF2/0902_Constituic%C3%A7%C3%A3o%20da%20Organizac%C3%A7%C3%A3o%20Mundial%20da%20Sau%C3%A7%C3%A3o.pdf

Organização Mundial de Saúde (2002). Health and ageing, a discussion paper.

<https://apps.who.int/iris/handle/10665/66682>

Organização Mundial de Saúde (2004). Work Organization & Stress. Protecting Workers' Health Series nº3.

https://www.who.int/occupational_health/topics/stress/en/

Organização Mundial de Saúde (2015). Relatório Mundial de Envelhecimento e Saúde – Resumo. Disponível em:

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186468/WHO_FWC_ALC_15.01_por.pdf?sequence=6

Osório, A. e Pinto, F. (2007). *As Pessoas Idosas: contexto social e intervenção educativa*. Lisboa: Instituto Piaget.

- Paúl, C. (1997) - *Lá para o fim da vida. Idosos, família e meio ambiente*. Coimbra: Almedina.
- Paúl, C. (2005) - *Envelhecimento activo e redes de suporte social*. In Sociologia, Revista da Faculdade de Letras, Vol. 15.
- Pearson, A., Vaughan, B. (1992). *Modelos para o Exercício da Enfermagem*. ACEPS. Lisboa.
- Pereira, S., Marques E. (2014). Dificuldades dos Cuidadores Formais de Idosos Institucionalizados. Instituto Politécnico da Guarda. Escola Superior de Saúde. Guarda. Disponível em: http://www.infad.eu/RevistaINFAD/2014/n2/volumen1/0214-9877_2014_2_1_133.pdf
- Pimentel, L. (2001). *O lugar do idoso na família: contextos e trajectórias*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Pineault, R., Daveluy, C. (1987) *La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos Estrategias*. 1.ª edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión.
- Plano de Ação da UCC (2019). Unidade de Cuidados na Comunidade Marvão. ACES S. Mamede. ARS Alentejo.
- Pordata.pt. 2018. PORDATA – índice de Envelhecimento – Portugal. Disponível em www.pordata.pt/Portugal/Indice+de+envelhecimento/
- Rede Social de Marvão (2015). Diagnóstico Social. Concelho Local de Ação Social de Marvão. Marvão.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e Políticas de Saúde*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Rosa, M. (2012). *O Envelhecimento da Sociedade Portuguesa*. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Sequeira, C. (2010). *Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel Edições Técnicas Lda.

Sousa, M. (2003). A formação contínua em enfermagem: Estudo nas perspectivas do enfermeiro. Nursing: Revista de Formação Contínua em Enfermagem.

Sousa, M. M. (2011). *Formação para a prestação de cuidados a pessoas idosas*. Princípiã. Cascais.

Stanhope, M., Lancaster, J. (2011). *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª ed., Lusodidacta. Loures.

Steven L. A. (2005). A Study of occupational stress, scope of practice and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team setting. ANNA Journal, 73, 6, 443-452.

Stuart-Hamilton, I. (2002). *Psicologia do Envelhecimento*. 3ª edição. Porto Alegre: Artmed.

Tavares, A. (1990). *Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde*. Departamento de Recursos Humanos da Saúde. Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional. Ministério da Saúde. Lisboa.

Tomey, A., Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Lusociência. Loures

ANEXOS

Anexo 1 – Parecer da Comissão de Ética da ULSNA



INFORMAÇÃO

N.º27/2019, de 01 de outubro

De: Maria Luíza Lopes

Para: Sr. Presidente do Conselho de Administração- Dr. João Moura dos Reis

C/C:

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização do estudo "Capacitar para Cuidar."

PARECER

DESPACHO/DELIBERAÇÃO
<i>autorizar o estudo</i> <i>14/2019/009</i> <i>João Moura Reis</i> Presidente do Conselho de Administração

A requerente, Susana Compadrinho de Sousa, enfermeira, mestranda em Enfermagem em Associação com especialidade na área de Enfermagem Comunitária e Saúde Pública na Escola Superior de Saúde de Portalegre, solicitou autorização à ULSNA para realização do estudo "Capacitar para Cuidar."

Cumprе apreciar:

I- Enquadramento

Como enquadramento e justificação do estudo salienta-se a necessidade de dotar os cuidadores formais das competências adequadas para o cuidado de pessoas idosas, sabendo-se do envelhecimento da população.

II- Objetivos

- Objetivo Geral

- Capacitar os cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento e cuidado aos idosos.

- Objetivos Específicos

- Identificar na perspetiva das direções técnicas das cinco instituições sociais do concelho de (Lares e Centros de Dia), as necessidades e as dificuldades dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados nas mesmas.

- Realizar formação aos cuidadores formais a partir das necessidades e dificuldades identificadas.

III- Tipo de estudo

O estudo é interventivo do tipo observacional, descritivo e transversal.

MOD.07.ADM.02



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE DO NORTE ALENTEJANO, E.P.E.	
SECRETARIADO	
Entrada Nº	201905014
Data	09/10/2019
<i>102</i>	



INFORMAÇÃO
N.º27/2019, 01 de outubro

IV- População alvo

Idosos inscritos na UCC do Centro de Saúde do com idade igual ou superior a 65 anos de idade.

V- Instrumento de colheita de dados e fundamento da legitimidade e sua licitude

Os dados são recolhidos através de um questionário que é fornecido através de entrevista com perguntas fechadas me sempre com o auxílio e acompanhamento da equipa de enfermagem da mesma.

O fundamento de legitimidade e licitude consiste no consentimento dos participantes, cujo modelo se encontra na documentação do estudo, nada existindo a assinalar do ponto de vista ético.

VI- Metodologia no Tratamento dos Dados

O tratamento dos dados será realizado através do SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

VII- Conclusões e propostas

Compulsada a justificação e enquadramento do estudo, concluímos pela importância do estudo.

Os documentos que integram o estudo estão em conformidade com as normas instituídas, tendo sido apresentado o modelo de consentimento informado, o qual se encontra em conformidade ética e legal, constituindo o consentimento dos participantes o fundamento da legitimidade quanto ao tratamento dos dados pessoais.

Encontram-se acauteladas as questões ético-legais, existindo uma preocupação com o anonimato.

Nestes termos, a Comissão de Ética, por considerar relevância no presente estudo e por considerar que a metodologia a implementar na sua realização não viola as disposições ético legais sobre tratamento de dados pessoais, delibera dar parecer favorável à realização do estudo: “Capacitar para Cuidar.”

A investigadora após finalizar o estudo deverá agendar a apresentação do mesmo na ULSNA.

É tudo quanto cumpre informar

P¹a Comissão de Ética

Maria Luíza Lopes

MARIA LUIZA
NUNES LOPES
FERREIRA

Assinado de forma digital por MARIA LUIZA
NUNES LOPES FERREIRA
DN: cn=PFE, ou=Centro de Cidadania, ou=Assinatura
Qualificada do Cidadão, ou=Cidadão
Português, ou=NUNES LOPES FERREIRA,
serialNumber=8872951753, cn=MARIA LUIZA
NUNES LOPES FERREIRA
Data: 2019.10.09 11:37:15 +01'00'

Anexo: Requerimento com resumo do projeto do estudo e todos os documentos anexos.

inclui a família, os vizinhos ou amigos e as redes formais de proteção social. Para Gonçalves *et al.* (1992; cit. por Sequeira, 2010), o cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, é geralmente remunerado e tem como funções ajudar nas atividades da vida. Carrilho (2012) refere-se aos cuidadores formais como sendo profissionais contratados, com remuneração, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Deste modo, deve haver uma preparação específica para o desempenho deste papel. De acordo com a mesma autora, o que contribui para a qualidade dos cuidados prestados a idosos institucionalizados é a preparação eficaz dos profissionais, ou seja, a garantia que a equipa de cuidados tem os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar os seus papéis com competência e sensibilidade. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro pode ser essencial para contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa através da formação a estes cuidadores.

Atendendo ao elevado número de idosos do concelho de [] determinou-se ser pertinente intervir nas instituições destinadas às pessoas idosas do referido concelho e contribuir para uma melhor qualidade de cuidados por parte dos cuidadores formais das referidas instituições. Assim a área de intervenção escolhida para o nosso trabalho foi a capacitação dos cuidadores formais, tendo-se escolhido como título para o projeto de intervenção comunitária «Capacitar para Cuidar – Capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento». O projeto será desenvolvido com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de [], com os elementos das direções técnicas de cinco instituições sociais para idosos e posteriormente com os cuidadores formais das mesmas instituições. Com o desenvolvimento deste projeto, espera-se intervir de forma a capacitar os cuidadores formais dos idosos institucionalizados para uma melhor qualidade dos cuidados prestados. O projeto de estágio decorre nas instalações do Centro de Saúde de [] na UCC, e será sempre realizado com o acompanhamento da equipa de Enfermagem da mesma.

Procedimentos metodológicos:

- **Objetivo Geral:** capacitar os cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento e cuidados aos idosos.
- **Objetivos Específicos:** 1. Identificar, na perspetiva das direções técnicas das cinco instituições sociais do concelho de [] (Lares e Centros de Dia), as necessidades e as dificuldades dos cuidadores formais dos idosos

institucionalizados nas mesmas; 2. Realizar formação aos cuidadores formais a partir das necessidades e dificuldades identificadas.

- **Seleção da Amostra:** A amostra é de conveniência e inclui os elementos das cinco direções técnicas das instituições sociais do concelho de [] - [] (Centro de Dia); [] (Lar e Centro de Dia); [] (Lar e Centro de Dia); [] (Lar e Centro de Dia) e, a [] (Lar).

- **Instrumentos de Recolha de Dados:** O instrumento de recolha de dados será a entrevista semiestruturada com recurso a um guia orientador

- **Procedimentos na recolha dos dados:** Os dados serão recolhidos através de uma Entrevista. A entrevista aos Diretores Técnicos será realizada em cada instituição com os elementos das direções técnicas das cinco instituições sociais escolhidas e acima descritas, no qual se espera que participem voluntariamente e, após assinatura do consentimento informado livre e esclarecido.

- **Tratamento e análise dos dados:** O tratamento e a análise dos dados será realizada através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.

- **Forma de divulgação dos resultados:** A divulgação dos resultados será feita através do relatório final escrito.

Procedimento Éticos:

- **Confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes:** Através da primeira etapa do tratamento e análise dos dados, como explicito anteriormente, garante-se o anonimato dos participantes. O nome do Centro de Saúde será omissa no relatório, sendo substituído por siglas. Garante-se ainda que não serão incluídos quaisquer dados dos participantes.

- **Consentimento informado os participantes:** Antes do início das entrevistas apresentar-se-ão os objetivos do projeto e solicitar-se-á o consentimento para participar, através do fornecimento e assinatura do consentimento informado livre e esclarecido.

Através do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, pretende-se conhecer as principais dificuldades dos cuidadores formais das cinco instituições sociais para idosos do concelho de [] para posteriormente aumentar o conhecimento sobre envelhecimento e cuidados aos idosos dos cuidadores formais contribuindo para

uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos nas referidas instituições sociais.

Estudos prévios em que se baseia a investigação:

Conceição, J. (2012). Envelhecimento de Idosos Institucionalizados: Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade. (Tese de Mestrado em Enfermagem). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa.

Bibliografia de Suporte:

Carrilho, P.M. (2012). Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª Edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Rodrigues, T. (2018). Envelhecimento e Políticas de Saúde. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Silva, I., Veloso, A. & Keating, J. (2014). Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação, 26, 175-190. Consultado em 4 de Maio de 2019. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. (7ª ed.) Loures: Lusodidata.

Anexos:

- Exemplar do Guião de Entrevista (Anexo I)
- Exemplar do documento de consentimento informado livre e esclarecido (Anexo II)
- Exemplar de pedido de autorização às instituições sociais para idosos do concelho de (Anexo III)

18 de Junho de 2019



(Susana Sousa)

Anexo I - Exemplar do Guião de Entrevista

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



GUIÃO ORIENTADOR DE ENTREVISTA

1. Quais considera serem as principais necessidades de saúde dos utentes idosos da sua instituição?
2. Quais as principais dificuldades dos cuidadores formais na prestação de cuidados?
3. Qual o contributo que o Centro de Saúde de /Unidade de Cuidados na Comunidade de poderia dar para melhorar a qualidade dos cuidados que são prestados aos idosos?
4. Que áreas considera prioritárias?

Anexo II - Exemplo do documento de consentimento informado livre e esclarecido

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(as). Sr(as).

Eu, Susana Compadinho de Sousa, sou estudante da 3ª Edição do Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que por sua vez decorre no ano letivo de 2018/2019, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre. Encontro-me presentemente a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Centro de Saúde de [redacted], sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [redacted] e da Sra. Professora Doutora Ana Paula Gato no período de 20 de Maio a 28 de Junho de 2019. Posteriormente irá ocorrer o Estágio Final, no período de Setembro de 2019 a final de Janeiro de 2020.

Nestes Estágios desenvolverei um projeto cuja primeira fase decorre no Estágio I e que consiste na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde, para o qual solicito a sua participação voluntária. O projeto a desenvolver intitula-se «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento», e tem como objetivo capacitar os cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento e cuidados aos idosos. O projeto será realizado com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de [redacted], com os elementos das direções técnicas de cinco instituições sociais de apoio a idosos e posteriormente com os cuidadores formais das mesmas instituições.

Assim solicito a sua participação numa primeira Entrevista a decorrer nas V. instalações no mês de junho, cujos resultados serão utilizados no diagnóstico de situação, e posteriormente no relatório de estágio, se assim o consentirem.

Desde já saliento que serão respeitados os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é essencial para o correto diagnóstico da situação de saúde deste grupo/comunidade e, por conseguinte, para o sucesso da implementação deste projeto, não obstante este poder ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem

Anexo III - Exemplar de pedido de autorização e colaboração das Instituições Sociais para Idosos do concelho de

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



Exmo(a). Sr(a). Diretor da Instituição

Sr(a). Dr(a).

Eu, Susana Compadrinho de Sousa, enfermeira, estudante do 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária intitulado «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento», venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para realização do projeto na instituição que dirige e a V. colaboração no desenvolvimento do mesmo.

Pretende-se realizar uma Entrevista com os elementos da Direção Técnica de cada instituição de apoio a idosos que selecionámos, com o objetivo de identificar as necessidades e as dificuldades dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados nas instituições. Assim solicitamos autorização para que estes profissionais possam ser entrevistados na vossa instituição.

Mais solicita, no âmbito deste mesmo projeto, a devida autorização para posteriormente intervir na capacitação dos cuidadores formais da V. instituição de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

Agradecendo a melhor atenção ao seu pedido está ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, aguardando a sua resposta.

X de Junho de 2019

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Sousa)

APÊNDICES

Apêndice 1 – O Modelo Teórico de Betty Neuman aplicado à população alvo

Contexto Intrassistémico	
Variáveis	Sistema Cliente
Fisiológicas	<ul style="list-style-type: none"> Problemas de Saúde: Osteoarticulares Comportamentos de Risco: Adoção de posturas incorretas no posicionamento dos idosos (Referidos pelos cuidadores formais durante as sessões de formação)
Psicológica	<ul style="list-style-type: none"> Foi uma escolha pessoal: Sim – 93% Não – 7% Caraterização do nível de formação: Insuficiente – 2,3% Suficiente – 27,9% Bom – 53,5% Muito Bom – 16,3% Excelente – 0% Caraterização do nível de cuidados prestados: Insuficiente – 0% Suficiente – 14% Bom – 55,8% Muito Bom – 27,9% Excelente – 2,3%
Sociocultural	<ul style="list-style-type: none"> Sexo Masculino – 0% Feminino – 100% Idade Menos de 20 anos – 0% 20 a 39 anos – 30,2% 40 a 59 anos – 65,1% 60 ou mais anos – 4,65% Estado Civil Solteiro/a – 16,3% Casado/a – 62,8% Divorciado/a – 16,3% Viúvo/a – 4,6% Nacionalidade Portuguesa – 90,7% Outra – 9,3% Habilitações Literárias 1º Ciclo Ensino Básico – 9,3% 2º Ciclo Ensino Básico – 25,6% 3º Ciclo Ensino Básico – 34,9% Ensino Secundário – 25,6 % Ensino Superior – 4,6% Ensino Profissional – 0% Nº de Horas Trabalho Semanal Menos de 20 horas – 0% 20 a 29 horas – 0% 30 a 29 horas – 39,5% 40 ou mais horas – 60,5% Regime de Horário Rotativo – 93%

	<p>Fixo – 7%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tipo de Contrato <p>Termo Certo – 11,6% Efetivo – 88,4% Prestação de Serviços – 0% Outro – 0%</p>
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> • Formação na área de prestação de cuidados ao idoso <p>Sim – 65,1% Não – 34,9%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Realização da Última Formação <p>Menos de 1 ano – 53,5% 1 a 2 anos – 30,2% Mais de 2 anos – 16,3%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de Exercício da Atividade Profissional de Cuidador/a <p>Menos de 1 ano – 9,3% 1 a 5 anos – 27,9% 6 a 10 anos – 25,6% Mais de 10 anos – 37,2%</p> <ul style="list-style-type: none"> • Tempo de Experiência enquanto cuidador na instituição <p>Menos de 1 ano – 11,6% 1 a 5 anos – 27,9% 6 a 10 anos – 25,6% Mais de 10 anos – 34,9%</p>
Espiritual	Sem dados

Contexto Intersistémico	
Educativo	<p>Creche Centro de Atividades Ocupacionais Escola Básica da Portagem Escola Básica de S. António das Areias Centro Infantil de Santo António das Areias</p>
Recreativo e de Lazer	<p>Castelo de Marvão</p>
Saúde e Segurança	<p>Posto da GNR Comissão Municipal de Proteção Civil Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Marvão UCC Marvão UCSP Marvão Farmácia de Marvão</p>
Político e Segurança	<p>Câmara Municipal de Marvão Juntas de Freguesias</p>
Sociocultural	<p>Tégua - Associação de Desenvolvimento Regional ADRAL – Agência de Desenvolvimento da Região Alentejo e as Terras de Marvão IPSS Lares de Idosos</p>
Religioso	<p>Templos Católicos</p>
Comunicação e Transporte	<p>Transportes Urbanos Rodoviária do Alentejo Táxis Estradas Municipais</p>
Económico	<p>Zona Industrial de Marvão Feiras mensais e sazonais</p>

Contexto Extrasistémico	
Educativo	Creche Centro de Atividades Ocupacionais Escola Básica da Portagem Escola Básica de S. António das Areias Centro Infantil de Santo António das Areias
Recreativo e de Lazer	Castelo de Marvão
Saúde e Segurança	Posto da GNR Comissão Municipal de Proteção Civil Associação Humanitária dos Bombeiros Voluntários de Marvão UCC Marvão UCSP Marvão Farmácia de Marvão
Político e Segurança	Câmara Municipal de Marvão Juntas de Freguesias
Sociocultural	Tégua - Associação de Desenvolvimento Regional ADRAL – Agência de Desenvolvimento da Região Alentejo e as Terras de Marvão IPSS Lares de Idosos
Religioso	Templos Católicos
Comunicação e Transporte	Transportes Urbanos Rodoviária do Alentejo Táxis Estradas Municipais
Económico	Zona Industrial de Marvão Feiras mensais e sazonais

Apêndice 2 – Guião da Entrevista Semiestruturada

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR
de Saúde



Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

GUIÃO ORIENTADOR DE ENTREVISTA

1. Quais considera serem as principais necessidades de saúde dos utentes idosos da sua instituição?
2. Quais as principais dificuldades dos cuidadores formais na prestação de cuidados?
3. Qual o contributo que o Centro de Saúde de Unidade de Cuidados na Comunidade de poderia dar para melhorar a qualidade dos cuidados que prestam aos idosos?
4. Que áreas considera prioritárias?

Apêndice 3 – Pedido de Autorização à Comissão de Ética da ULSNA

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR
Saúde



ES
S
Escola Superior
Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Exmo. Sr. Presidente do Concelho de Administração da ULSNA,
Sr. Dr. João Moura Reis

Assunto: Pedido de Autorização para realização de Projeto de Intervenção Comunitária, no âmbito do estágio em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Eu, Susana Compadrinho de Sousa, com a cédula profissional nº , encontro--me a frequentar o 3º Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação, na Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a decorrer na Escola Superior de Saúde de Portalegre do Instituto Politécnico de Portalegre, no ano letivo de 2018/2019. Venho por este meio, solicitar a V. Ex. um pedido de autorização ao Conselho de Administração da ULSNA, sobre o assunto abaixo apresentado:

Encontro-me a realizar o Estágio em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, autorizado pela instituição que superiormente dirige, sob a orientação da Prof. Ana Paula Gato e da Sr.ª Enfermeira Especialista , até 28 de Junho do presente ano. Os objetivos do estágio são atingidos através da metodologia de planeamento em saúde, de forma a identificar os problemas, determinar as necessidades e fixar os objetivos que permitam escolher as estratégias e intervenções mais adequadas para responder às problemáticas identificadas.

Após conversa informal com os elementos da equipa, realização de pesquisa bibliográfica, análise de indicadores demográficos e de saúde e verificação dos indicadores do Centro de Saúde de , acordou-se abordar a temática do Envelhecimento. O envelhecimento é um fenómeno mundial que tem repercussões ao nível social, económico e cultural. Em Portugal, a população é envelhecida e segundo o PORDATA (2018), o índice de envelhecimento tem vindo a aumentar e atualmente existe 153,2 pessoas com 65 e mais anos por cada 100 pessoas menores de 15 anos. É na fase do envelhecimento que ocorrem mais mudanças funcionais e como consequência, perdas, nomeadamente a perda de autonomia. Este facto leva a que os idosos necessitem de cuidadores formais ou informais na realização das suas atividades de vida. Em Portugal continuam a subsistir dois tipos de redes de suporte às pessoas em situação de dependência, as denominadas redes informais, nas quais se inclui a família, os vizinhos ou

amigos e as redes formais de proteção social. Para Gonçalves *et al.* (1992; cit. por Sequeira, 2010), o cuidador formal é a pessoa capacitada para auxiliar o idoso que apresenta limitações para realizar as atividades e tarefas da vida quotidiana, fazendo elo entre o idoso, a família e serviços de saúde ou da comunidade, é geralmente remunerado e tem como funções ajudar nas atividades da vida. Carrilho (2012) refere-se aos cuidadores formais como sendo profissionais contratados, com remuneração, para a prestação de cuidados no domicílio ou em instituição. Deste modo, deve haver uma preparação específica para o desempenho deste papel. De acordo com a mesma autora, o que contribui para a qualidade dos cuidados prestados a idosos institucionalizados é a preparação eficaz dos profissionais, ou seja, a garantia que a equipa de cuidados tem os conhecimentos e capacidades necessários para desempenhar os seus papéis com competência e sensibilidade. Neste sentido, a intervenção do enfermeiro pode ser essencial para contribuir para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados à pessoa idosa através da formação a estes cuidadores.

Atendendo ao elevado número de idosos do concelho de [] determinou-se ser pertinente intervir nas instituições destinadas às pessoas idosas do referido concelho e contribuir para uma melhor qualidade de cuidados por parte dos cuidadores formais das referidas instituições. Assim a área de intervenção escolhida para o nosso trabalho foi a capacitação dos cuidadores formais, tendo-se escolhido como título para o projeto de intervenção comunitária «Capacitar para Cuidar – Capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento». O projeto será desenvolvido com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de [], com os elementos das direções técnicas de cinco instituições sociais para idosos e posteriormente com os cuidadores formais das mesmas instituições. Com o desenvolvimento deste projeto, espera-se intervir de forma a capacitar os cuidadores formais dos idosos institucionalizados para uma melhor qualidade dos cuidados prestados. O projeto de estágio decorre nas instalações do Centro de Saúde de [], na UCC, e será sempre realizado com o acompanhamento da equipa de Enfermagem da mesma.

Procedimentos metodológicos:

- **Objetivo Geral:** capacitar os cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento e cuidados aos idosos.
- **Objetivos Específicos:** 1. Identificar, na perspetiva das direções técnicas das cinco instituições sociais do concelho de [] (Lares e Centros de Dia), as necessidades e as dificuldades dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados nas mesmas; 2. Realizar formação aos cuidadores formais a partir das necessidades e dificuldades identificadas.

- **Seleção da Amostra:** A amostra é de conveniência e inclui os elementos das cinco direções técnicas das instituições sociais do concelho de -
 (Lar e Centro de Dia);
(Lar e Centro de Dia) e, (Lar e Centro de Dia).
- **Instrumentos de Recolha de Dados:** O instrumento de recolha de dados será a entrevista semiestruturada com recurso a um guia orientador
- **Procedimentos na recolha dos dados:** Os dados serão recolhidos através de uma Entrevista. A entrevista aos Diretores Técnicos será realizada em cada instituição com os elementos das direções técnicas das cinco instituições sociais escolhidas e acima descritas, no qual se espera que participem voluntariamente e, após assinatura do consentimento informado livre e esclarecido.
- **Tratamento e análise dos dados:** O tratamento e a análise dos dados será realizada através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas.
- **Forma de divulgação dos resultados:** A divulgação dos resultados será feita através do relatório final escrito.

Procedimento Éticos:

- **Confidencialidade dos dados e anonimato dos participantes:** Através da primeira etapa do tratamento e análise dos dados, como explícito anteriormente, garante-se o anonimato dos participantes. O nome do Centro de Saúde será omissa no relatório, sendo substituído por siglas. Garante-se ainda que não serão incluídos quaisquer dados dos participantes.
- **Consentimento informado os participantes:** Antes do início das entrevistas apresentar-se-ão os objetivos do projeto e solicitar-se-á o consentimento para participar, através do fornecimento e assinatura do consentimento informado livre e esclarecido.

Através do desenvolvimento do projeto de intervenção comunitária, pretende-se conhecer as principais dificuldades dos cuidadores formais das cinco instituições sociais para idosos do concelho de , para posteriormente aumentar o conhecimento sobre envelhecimento e cuidados aos idosos dos cuidadores formais contribuindo para uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados pelos mesmos nas referidas instituições sociais.

Estudos prévios em que se baseia a investigação:

Conceição, J. (2012). Envelhecimento de Idosos Institucionalizados: Formação de Auxiliares de Ação Direta na Associação Casapiana de Solidariedade. (Tese de Mestrado em

Enfermagem). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias – Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Lisboa.

Bibliografia de Suporte:

Carrilho, P.M. (2012). Epidemiologia dos acidentes de trabalho e exercício físico em instituições de apoio a idosos. Dissertação de Mestrado. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança.

Imperatori, E., & Giraldes, M. (1993). Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para o uso em serviços centrais, regionais e locais (3ª Edição). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública.

Rodrigues, T. (2018). Envelhecimento e Políticas de Saúde. Lisboa, Portugal: Fundação Francisco Manuel dos Santos.

Sequeira, C. (2010). Cuidar de Idosos com Dependência Física e Mental. Lisboa: Lidel Editora.

Silva, I., Veloso, A. & Keating, J. (2014). Focus Group: Considerações teóricas e metodológicas. Revista Lusófona de Educação, 26, 175-190. Consultado em 4 de Maio de 2019. Disponível em: <http://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/4703>

Stanhope, M. & Lancaster, J. (2011). Enfermagem de Saúde Pública: Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População. (7ª ed.) Loures: Lusodidata.

Anexos:

- Exemplar do Guião de Entrevista (Anexo I)
- Exemplar do documento de consentimento informado livre e esclarecido (Anexo II)
- Exemplar de pedido de autorização às instituições sociais para idosos do concelho de (Anexo III)

, 18 de Junho de 2019

(Susana Sousa)

Anexo I - Exemplar do Guião de Entrevista

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO
POLITÉCNICO
DE BEJA
Saúde



E S
S
Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS
Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

GUIÃO ORIENTADOR DE ENTREVISTA

5. Quais considera serem as principais necessidades de saúde dos utentes idosos da sua instituição?
6. Quais as principais dificuldades dos cuidadores formais na prestação de cuidados?
7. Qual o contributo que o Centro de Saúde de /Unidade de Cuidados na Comunidade de poderia dar para melhorar a qualidade dos cuidados que são prestados aos idosos?
8. Que áreas considera prioritárias?

Anexo II - Exemplar do documento de consentimento informado livre e esclarecido

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(as). Sr(as).

Eu, Susana Compadrinho de Sousa, sou estudante da 3ª Edição do Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que por sua vez decorre no ano letivo de 2018/2019, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre. Encontro-me presentemente a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Centro de Saúde de [], sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista [] e da Sra. Professora Doutora Ana Paula Gato no período de 20 de Maio a 28 de Junho de 2019. Posteriormente irá ocorrer o Estágio Final, no período de Setembro de 2019 a final de Janeiro de 2020.

Nestes Estágios desenvolverei um projeto cuja primeira fase decorre no Estágio I e que consiste na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde, para o qual solicito a sua participação voluntária. O projeto a desenvolver intitula-se «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento», e tem como objetivo capacitar os cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento e cuidados aos idosos. O projeto será realizado com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de [], com os elementos das direções técnicas de cinco instituições sociais de apoio a idosos e posteriormente com os cuidadores formais das mesmas instituições.

Assim solicito a sua participação numa primeira Entrevista a decorrer nas V. instalações no mês de junho, cujos resultados serão utilizados no diagnóstico de situação, e posteriormente no relatório de estágio, se assim o consentirem.

Desde já saliento que serão respeitados os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é essencial para o correto diagnóstico da situação de saúde deste grupo/comunidade e, por conseguinte, para o sucesso da implementação deste projeto, não obstante este poder ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe

traga qualquer dano pessoal relacionado. Acrescento ainda, que a sua participação não acarreta quaisquer custos para o próprio.

Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para o participante).

Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, durante a realização do Estágio I e Estágio Final, através do seguinte contacto: susanasousaptg@hotmail.com.

Com a expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço desde já pela mesma.

Grata pela atenção.

, de Junho de 2019

Susana Sousa

(Na qualidade de Estudante da 3ª Edição de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram transmitidas pela(s) pessoa(s) que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste projeto, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo e para o relatório de estágio, com a garantia da confidencialidade que me foi assegurada pelo estudante e supervisores.

Deste modo, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto de intitulado «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento» a ser realizado pelo estudante, Susana Compadrinho de Sousa, no âmbito do mestrado em associação, sob orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista e da Sra. Professora Doutora Ana Paula Gato.

Nome _____

Assinatura _____

__/__/__

Anexo III - Exemplar de pedido de autorização e colaboração das Instituições Sociais para Idosos do concelho de

**MESTRADO EM ENFERMAGEM
EM ASSOCIAÇÃO**



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
Escola Superior de Saúde



ES
Escola Superior de Saúde
IP Portalegre



IPS Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Exmo(a). Sr(a). Diretor da Instituição

Sr(a). Dr(a).

Eu, Susana Compadrinho de Sousa, enfermeira, estudante do 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária intitulado «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento», venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para realização do projeto na instituição que dirige e a V. colaboração no desenvolvimento do mesmo.

Pretende-se realizar uma Entrevista com os elementos da Direção Técnica de cada instituição de apoio a idosos que selecionámos, com o objetivo de identificar as necessidades e as dificuldades dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados nas instituições. Assim solicitamos autorização para que estes profissionais possam ser entrevistados na vossa instituição.

Mais solicita, no âmbito deste mesmo projeto, a devida autorização para posteriormente intervir na capacitação dos cuidadores formais da V. instituição de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

Agradecendo a melhor atenção ao seu pedido está ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, aguardando a sua resposta.

, X de Junho de 2019

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Sousa)

Apêndice 4 – Pedido de Autorização e Colaboração às Instituições selecionadas

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE BEJA
Escola Superior
Saúde



Escola
Superior
Saúde
IPPortalegre



IPS Instituto
Politécnico de Setúbal
Escola Superior de
Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

Exmo(a). Sr(a). Diretor da Instituição

Sr(a). Dr(a).

Eu, Susana Compadrinho de Sousa, enfermeira, estudante do 3º curso de Mestrado em Enfermagem em Associação na área de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre, pretendo desenvolver um projeto de intervenção comunitária intitulado «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento», venho por este meio solicitar a V. Ex. autorização para realização do projeto na instituição que dirige e a V. colaboração no desenvolvimento do mesmo.

Pretende-se realizar uma Entrevista com os elementos da Direção Técnica de cada instituição de apoio a idosos que selecionámos, com o objetivo de identificar as necessidades e as dificuldades dos cuidadores formais dos idosos institucionalizados nas instituições. Assim solicitamos autorização para que estes profissionais possam ser entrevistados na vossa instituição.

Mais solicita, no âmbito deste mesmo projeto, a devida autorização para posteriormente intervir na capacitação dos cuidadores formais da V. instituição de forma a melhorar a qualidade dos cuidados prestados aos idosos.

Agradecendo a melhor atenção ao seu pedido está ao dispor para qualquer esclarecimento adicional, aguardando a sua resposta.

, X de Junho de 2019

Com os melhores cumprimentos,

(Susana Sousa)

Apêndice 5 – Consentimento Informado Livre e Esclarecido

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias

CONSENTIMENTO INFORMADO LIVRE E ESCLARECIDO

Exmo(as). Sr(as).

Eu, Susana Compadrinho de Sousa, sou estudante da 3ª Edição do Mestrado em Associação da Especialidade em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, que por sua vez decorre no ano letivo de 2018/2019, na Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Portalegre. Encontro-me presentemente a realizar Estágio de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública no Centro de Saúde de , sob a orientação da Sra. Enfermeira Especialista e da Sra. Professora Doutora Ana Paula Gato no período de 20 de Maio a 28 de Junho de 2019. Posteriormente irá ocorrer o Estágio Final, no período de Setembro de 2019 a final de Janeiro de 2020.

Nestes Estágios desenvolverei um projeto cuja primeira fase decorre no Estágio I e que consiste na elaboração do diagnóstico de saúde de uma comunidade, de acordo com a metodologia de planeamento em saúde, para o qual solicito a sua participação voluntária. O projeto a desenvolver intitula-se «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento», e tem como objetivo capacitar os cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento e cuidados aos idosos. O projeto será realizado com a colaboração da equipa da Unidade de Cuidados na Comunidade do Centro de Saúde de , com os elementos das direções técnicas de cinco instituições sociais de apoio a idosos e posteriormente com os cuidadores formais das mesmas instituições.

Assim solicito a sua participação numa primeira Entrevista a decorrer nas V. instalações no mês de junho, cujos resultados serão utilizados no diagnóstico de situação, e posteriormente no relatório de estágio, se assim o consentirem.

Desde já saliento que serão respeitados os requisitos e procedimentos éticos. O seu consentimento é essencial para o correto diagnóstico da situação de saúde deste grupo/comunidade e, por conseguinte, para o sucesso da implementação deste projeto, não obstante este poder ser cancelado a qualquer momento, se assim o entender, sem que isso lhe

traga qualquer dano pessoal relacionado. Acrescento ainda, que a sua participação não acarreta quaisquer custos para o próprio.

Este impresso é preenchido em duplicado (uma via para o estudante e outra para o participante).

Informo também, que estou disponível para qualquer esclarecimento que entenda necessário, durante a realização do Estágio I e Estágio Final, através do seguinte contacto: susanasousaptg@hotmail.com.

Com a expectativa de conseguir a sua colaboração, agradeço desde já pela mesma.

Grata pela atenção.

, de Junho de 2019

Susana Sousa

(Na qualidade de Estudante da 3ª Edição de Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública)

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram transmitidas pela(s) pessoa(s) que acima assinam. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer momento, recusar participar neste projeto, sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste trabalho e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando que serão apenas utilizados para o mesmo e para o relatório de estágio, com a garantia da confidencialidade que me foi assegurada pelo estudante e supervisores.

Deste modo, estou disponível e aceito dar o meu testemunho, no âmbito do projeto de intitulado «Capacitar para Cuidar – capacitação de cuidadores formais de pessoas idosas no domínio do envelhecimento» a ser realizado pelo estudante, Susana Compadrinho de Sousa, no âmbito do mestrado em associação, sob orientação da Sr.ª Enfermeira Especialista e da Sra. Professora Doutora Ana Paula Gato.

Nome _____

Assinatura _____

____/____/____

Apêndice 6 – Cartaz de Divulgação do Projeto

MESTRADO EM ENFERMAGEM EM ASSOCIAÇÃO



UNIVERSIDADE DE ÉVORA
ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM
SÃO JOÃO DE DEUS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE



ES
Escola Superior
Saúde
IPortalegre



IPS
Instituto Politécnico de Setúbal
Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico de Castelo Branco
Escola Superior de Saúde
Dr. Lopes Dias



PROJETO DE INTERVENÇÃO COMUNITÁRIA “CAPACITAR PARA CUIDAR”

Sessões de Formação para os Cuidadores Formais das Instituições para Idosos de

Projeto de Intervenção Comunitária no âmbito do 3º Curso de Mestrado em Associação da Escola Superior de Saúde de Portalegre no ramo de Especialização de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública– Estágio II na Unidade de Cuidados na Comunidade de , sob orientação da Enfª Especialista em Enfermagem Comunitária,

SESSÕES DE FORMAÇÃO

Feridas e Úlceras
por Pressão

Stress do Cuidador

Horário:

Local:

Apêndice 7 – Ficha de Inscrição



SESSÕES DE FORMAÇÃO

Ficha de Inscrição

Nome: _____

Telefone: _____

Instituição: _____

Selecione uma das seguintes opções:

1. **Idade:** Menos de 20 anos ☐ 20 a 39 anos ☐ 40 a 59 anos ☐
60 ou mais anos ☐
2. **Sexo:** Masculino ☐ Feminino ☐
3. **Estado Civil:** Solteiro/a ☐ Casado/a ou União de Facto ☐
Divorciado/a ou Separado ☐ Viúvo/a ☐
4. **Nacionalidade:** Portuguesa ☐ Outra ☐ Qual? _____
5. **Habilitações Literárias:** 1º Ciclo Ensino Básico ☐ 2º Ciclo Ensino Básico ☐
3º Ciclo Ensino Básico ☐ Ensino Secundário ☐ Ensino Superior ☐
Ensino Profissional ☐
6. **Possui formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente?**
Sim ☐ Não ☐
7. **Há quanto tempo realizou a última formação?**
Menos de 1 ano ☐ 1 a 2 anos ☐ Mais de 2 anos ☐
8. **Há quanto tempo exerce a atividade profissional de cuidador/a?**
Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos ☐
9. **Há quanto tempo é cuidador/a na instituição?**
Menos de 1 ano ☐ 1 a 5 anos ☐ 6 a 10 anos ☐ Mais de 10 anos ☐
10. **A atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal?**
Sim ☐ Não ☐

11. Nº de horas de trabalho semanal:

Menos de 20 horas ☐ 20 a 29 horas ☐ 30 a 39 horas ☐ 40 ou mais horas ☐

12. Regime de horário:

Rotativo ☐ Fixo ☐

13. Tipo de Contrato:

Termo Certo ☐ Efetivo ☐ Prestação de Serviços ☐

Outro ☐ Qual? _____

14. Como caracteriza o seu nível de formação?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐ Excelente ☐

15. Tendo em conta a sua formação como caracteriza o nível de cuidados que presta?

Insuficiente ☐ Suficiente ☐ Bom ☐ Muito Bom ☐ Excelente ☐

16. Na sua opinião, com que regularidade deveria ser dada formação na instituição?

Mensal ☐ Trimestral ☐ Semestral ☐ Anual ☐ Desconhece/Não sabe ☐

Assinatura: _____ Data: _____

Apêndice 8 - Diapositivos da Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão

Sessão de Formação

FERIDAS E ÚLCERAS POR PRESSÃO









Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Enf.^a: Susana Sousa

Enf.^a Orientadora: Rosa Campos

Prof.^a Orientadora: Sandra Xavier

Objetivos:

-  Conhecer os tipos de feridas
-  Reconhecer a importância dos cuidados imediatos a uma lesão
-  Alertar para sinais de infeção
-  Compreender a definição de UP
-  Perceber a localização mais frequente
-  Reconhecer a importância da prevenção
-  Reconhecer sinais de alarme
-  Compreender a importância dos posicionamentos

Índice

1. Feridas

1.1 Tipos de feridas

1.2 Primeiros Cuidados a uma ferida

1.3 Vigiar sinais de infecção e prevenir infecção

2. Úlceras por Pressão

2.1 Definição de UP

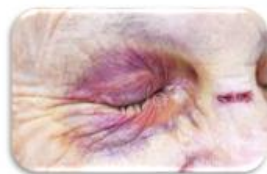
2.2 Localização mais frequente

2.3 Como prevenir

1. Feridas

O que é uma ferida?

- ✓ Uma ferida é uma lesão da pele, superficial ou profunda, que pode, ou não, afetar nervos, músculos e tendões. Em alguns casos há perda de tecido, noutros não. É comum a pele ficar danificada.



1.1 Tipos de Feridas

- ▶ **Arranhões e esfoladelas** - são chamadas feridas por abrasão e resultam da fricção da pele com uma superfície dura e rugosa.
- ▶ **Cortes** - provocados por objetos cortantes como facas ou vidro partido, são geralmente acompanhados de hemorragia.
- ▶ **Mordeduras** - podem ser causadas tanto por pessoas como por animais, havendo sempre risco de infecção devido ao contacto da saliva com a pele lesada.
- ▶ **Picadas por objetos pontiagudos** - provocadas por pregos ou agulhas, por exemplo.



1.2 Primeiros Cuidados a uma Ferida

As feridas seguem um processo natural de cicatrização, mas os primeiros cuidados são essenciais para assegurar que não deixam marcas e, sobretudo, para prevenir infeções.

Assim, devemos:

- ▶ Manter a zona afetada imóvel, e se necessário deitar ou sentar a pessoa;
- ▶ Não tocar diretamente com as mãos na ferida, use luvas descartáveis se possível, ou em alternativa, lavar bem as mãos;
- ▶ Limpar a ferida com soro fisiológico ou com água corrente;
- ▶ Estancar a hemorragia, mas primeiro deixar sangrar um pouco (o sangue arrasta consigo as impurezas, ajudando a limpar a ferida);
- ▶ Se a hemorragia não parar, cobrir a ferida com uma compressa e exercer ligeira pressão por uns dez minutos, evitando espreitar (de cada vez que a compressa é levantada o sangue volta a correr, o que atrasa o processo);
- ▶ Usar uma solução dérmica desinfetante própria;
- ▶ Cobrir a ferida com material de penso adequado;
- ▶ Assegurar que a vacina do tétano está em dia.

1.3 Vigiar sinais de infecção e prevenir infecção

Os cuidados com uma ferida devem acontecer o mais rápido possível, de modo a prevenir o risco de infecção, maior nas primeiras 48 a 72 horas.

Importa vigiar, e se surgir:

- vermelhidão e inchaço acentuados;
- bordos da ferida mais espessos;
- pus;
- dor;
- febre

Deve consultar-se o médico e tratar da infecção o quanto antes, bem como se a ferida demorar muito a cicatrizar, ou em caso de a hemorragia não parar.

2. Úlceras por Pressão

2.1. Definição de UP

As úlceras por pressão também chamadas escaras, chagas ou úlceras de decúbito são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície (colchão, almofada...).

Esta pressão impede a circulação do sangue no local levando à morte dos tecidos e ao aparecimento de uma ferida.

É importante preveni-las porque:

- Provocam dor e diminuição da qualidade de vida;
- Podem infectar;
- Podem provocar o agravamento de outras doenças;
- Podem levar ao internamento.

Estas feridas podem e devem ser prevenidas!

Quem está em maior risco de desenvolver UP?



2.2. Localização mais frequente

- ▶ As zonas de risco são as zonas onde existem proeminências ósseas, isto é, zonas do esqueleto humano onde existe pouco tecido por baixo da pele encontrando-se os ossos mais salientes.
- ▶ É necessária uma maior vigilância destas zonas de risco, onde a pressão pode provocar mais danos. As proeminências ósseas devem ser vigiadas tendo em conta a posição em que a pessoa se encontra.

- ▶ **Decúbito dorsal** - pontos de pressão



- Nuca
- Omoplatas
- Cotovelos
- Região sacro coccígea
- Calcânhares

2.2. Localização mais frequente (cont.)

► Decúbito lateral - pontos de pressão



- Orelha
- Ombro
- Costelas
- Cotovelo
- Trocanter
- Joelho face externa
- Maléolo
- Região lateral do pé

► Posição sentado - pontos de pressão



- Omoplatas;
- Região sacral
- Região isquiática
- Calcanhares

2.3. Como prevenir as UP?

a) Observação da pele

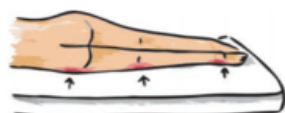
A pele deve ser observada diariamente durante a higiene e mudança de posição, tendo atenção especial às zonas de risco. Deve perguntar-se a pessoa cuidada se existem zonas de desconforto ou dor.

Nota: se aparecer uma zona ruborizada, nas zonas identificadas como zonas de risco, pressione essa zona com o seu dedo durante alguns segundos. Ao retirar o dedo, se ficar branco no local, significa que ainda não há úlcera por pressão, há sim um eritema branqueável que deverá passar com a mudança de posição e alívio de pressão.



2.3. Como prevenir as UP? (cont.)

- ▶ A UP menos grave (categoria I) observa-se quando uma zona ruborizada (vermelha) do corpo desaparece ao fim de 1 hora de alívio de pressão. Neste caso deve fazer o alívio de pressão da zona, isto é, mudar de posição para que a zona ruborizada fique livre de pressão e, contactar os enfermeiros da instituição ou do Centro de Saúde.



d) Zona ruborizada.



e) Posição a adoptar.

Se detetar zonas vermelhas que não passam com a mudança de posição, feridas e pequenas bolhas na pele deverá informar os enfermeiros da instituição ou contactar os enfermeiros do Centro de Saúde.

2.3. Como prevenir as UP? (cont.)

b) Cuidados à pele

- ✓ A pele deve estar sempre limpa e sem humidade.
- ✓ Para os cuidados de higiene deverá utilizar água morna e sabões não irritantes, hidratantes e sem cheiro.
- ✓ Deverá secar a pele, tendo em especial atenção às pregas cutâneas. Seque sem esfregar utilizando toalhas suaves e lisas.
- ✓ Deverá hidratar a pele com cremes tendo atenção de não massajar as proeminências ósseas ou zonas avermelhadas.
- ✓ Quando presentes situações de incontinência (urina e/ou fezes) deverá limpar e secar o mais rapidamente possível a zona afetada aplicando depois um creme barreira.



2.3. Como prevenir as UP? (cont.)

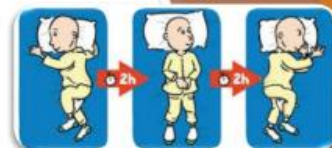
c) Roupa da cama e vestuário

- ✓ Os lençóis, as almofadas e o vestuário devem estar sempre limpos, secos e bem esticados.
- ✓ Devem ser lisos, sem costuras grossas ou objetos duros aplicados (botões, bordados).
- ✓ Devem estar adequados à temperatura ambiente, materiais leves e quentes no Inverno e materiais frescos e leves no Verão.
- ✓ Evite deixar restos de comida ou objetos sólidos junto ao corpo da pessoa.

2.3. Como prevenir as UP? (cont.)

d) Posicionamentos:

- ✓ Ao mudar de posição do corpo alivia a pressão nas zonas onde o corpo de encontra em contacto com a superfície (colchão, almofada, cadeira) evitando que surjam as UP.
- ✓ É importante que incentive a pessoa a mudar de posição quando esta ainda o consegue fazer.
- ✓ Quando não consegue mover-se sozinha deverá mudar a pessoa de posição evitando as zonas de pressão colocando almofadas.



d) Posicionamentos: (cont.)

- ✓ A frequência de mudança de posição depende da capacidade da pessoa em se movimentar, a condição da pele, o conforto, o seu estado geral e os materiais de alívio de pressão usados.
- ✓ O tempo médio considerado para reposicionar é de 2 horas, isto permite que a pele “descanse” e evita a fricção desnecessária da pele. Conforme a tolerância da pessoa idosa este tempo poderá ter que ser diminuído ou aumentado, mas não deve exceder as 4 horas. Peça conselho ao Enfermeiro que o acompanha.
- ✓ Quando for posicionar evite arrastar. Utilize um lençol dobrado ao meio “como elevador” para o fazer. Deverá pedir a colaboração da pessoa (dentro das suas capacidades) e o auxílio de outro cuidador de forma a fazer corretamente as manobras necessárias, evitando lesões para quem cuida e para quem está a ser cuidado.
- ✓ A escolha da posição deve ter em conta o conforto e respeitar a posição natural do corpo.
- ✓ Evite posicionar sobre uma zona ruborizada.
- ✓ Evite posições que aumentem a pressão, por exemplo, posição sentada com inclinação superior a 30°; Posição deitado de lado com a cabeça a 90°.

d) Posicionamentos: (cont.)

► Posicionamento deitado de lado e deitado de costas



► Posicionamento sentado



► Posicionamento errado quando sentado na cama



d) Posicionamentos: (cont.)

☐ Sugestão de Rotina de Posicionamento alternado:



2.3. Como prevenir as UP? (cont.)

e) Dispositivos de alívio de pressão

- ✓ Os dispositivos de alívio de pressão são todos os materiais colocados entre o corpo e a superfície da cama ou cadeira para promover a distribuição da pressão e prevenir o aparecimento das úlceras por pressão.
- ✓ Os dispositivos de alívio de pressão por si só não previnem nem curam as úlceras por pressão.
- ✓ Seja qual for o dispositivo escolhido a mudança de posição é sempre necessária.
- ✓ A escolha do dispositivo de alívio de pressão deve ter em consideração fatores como: a capacidade da pessoa se movimentar na cama, as condições de prestação de cuidados, o conforto, o tipo de cama, a alimentação elétrica e a ventilação do motor para libertação de calor.



2.3. Como prevenir as UP? (cont.)

f) Alimentação

- ✓ Uma alimentação rica e equilibrada irá prevenir a desnutrição e desidratação evitando que surjam úlceras por pressão.
- ✓ Quando a pessoa cuidada já tem úlcera por pressão, as suas necessidades de calorias e proteínas aumentam, pois estas são necessárias para a cicatrização das feridas.



Alimentação variada

► Qual o regime alimentar adequado para prevenir e tratar úlceras por pressão?

- ✓ Tente manter um regime de 5 a 6 refeições diárias:
 - Pequeno-almoço;
 - Meio da manhã;
 - Almoço;
 - Meio da tarde;
 - Jantar;
 - Ao deitar.
- ✓ A escolha dos alimentos deve ser feita tendo em consideração os gostos e preferências pessoais, bem como, a capacidade para mastigar da pessoa de quem cuida.
- ✓ Estimule a ingestão de alimentos ricos em proteínas: carne, peixe e ovos nas refeições principais.
- ✓ Incentive a ingestão de líquidos (água, chá de ervas, leite, sumos naturais) até 1,5 -2 l por dia.

2.3. Como prevenir as UP? (cont.)

g) Exercício

- ✓ Deve ser encorajado o movimento ou os pequenos exercícios.
- ✓ Nas pessoas mais frágeis as atividades de vida diária devem ser estimuladas tanto quanto possível:
 - Pentear-se;
 - Lavar a cara;
 - Mudar de posição na cama;
 - Comer;
 - Passar da cama para o cadeirão;
 - Outras rotinas.



Este é o melhor exercício para manter o corpo a funcionar.



Apêndice 9 – Diapositivos da Sessão de Formação: Stress do Cuidador/Burnout

Sessão de Formação

STRESS DO CUIDADOR/BURNOUT



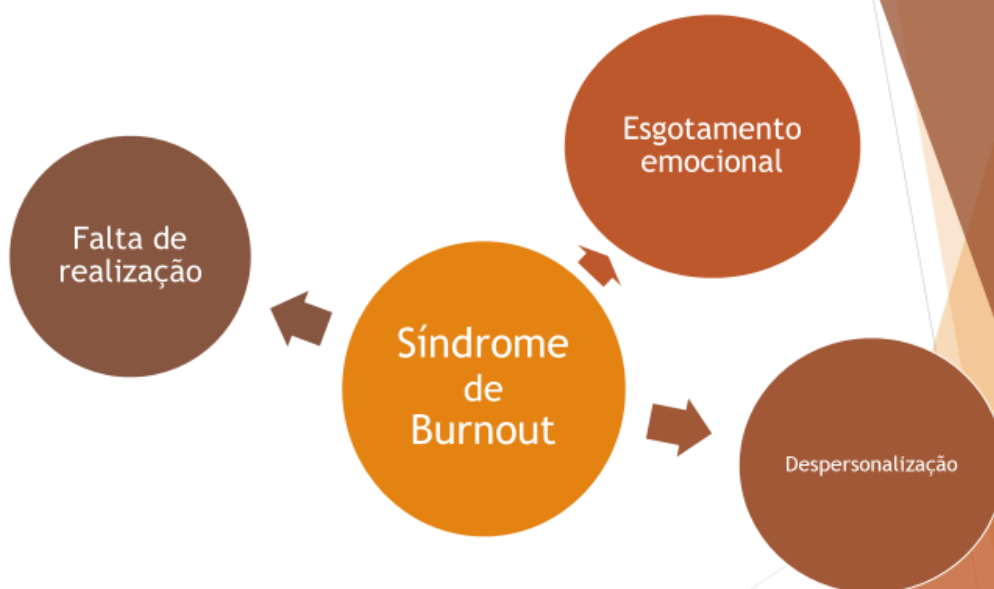
Projeto de Intervenção Comunitária, inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem, Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

Enf.^a: Susana Sousa

Enf.^a Orientadora: Rosa Campos

Prof.^a Orientadora: Sandra Xavier

Parceria: Dra. Cátia Pombo – Psicóloga Clínica e da Saúde



Maslach, Schaufeli e Leiter (2001)

Sintomas

Afetivos

Cognitivos

Físicos

Comportamentais

Motivacionais

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001)

Antecedentes

Características
pessoais/Personalidade

Factores organizacionais

Factores associados à actividade
profissional

Consequências



Maslach, Schaufeli e Leiter (2001)

Prevenção

- ▶ Valorizar a opinião dos profissionais nas tomadas de decisão
- ▶ Promover um bom clima de trabalho
- ▶ Potenciar o apoio social entre colegas e superiores hierárquicos em situações de fracasso ou sucesso
- ▶ Partilhar os problemas do trabalho
- ▶ Desenvolver grupos de partilha
- ▶ Implementar atividades/ações que promovam a saúde dos profissionais
- ▶ Criar um ambiente de trabalho seguro e prazeroso
- ▶ Promover a motivação
- ▶ Aproveitar os tempos livres para atividades sociais e de lazer

Prevenção

- ▶ Comunicação aberta
- ▶ Desenvolver a comunicação (Assertividade)
- ▶ Convívio fora do contexto de trabalho, promovendo as relações interpessoais ---
-----> coesão e união do grupo
- ▶ Boa utilização das reuniões de equipa
- ▶ Controlo pessoal/emocional
- ▶ Gestão do tempo
- ▶ Reforçar estilos de vida saudáveis
- ▶ Alimentação cuidada
- ▶ Dormir bem

Prevenção





Obrigada!!!

Apêndice 10 – Ficha de Avaliação de Conhecimentos da Sessão de Formação de Feridas e Úlceras por Pressão



FICHA DE AVALIAÇÃO DE CONHECIMENTOS

Projeto de Intervenção Comunitária: “Capacitar para Cuidar”

Nome: _____

Telefone: _____

Instituição: _____

Das afirmações seguintes, assinale com uma cruz (X) caso considere **verdadeiro (V)** ou **falso (F)**.

	V	F
1. A ferida é uma lesão da pele, superficial ou profunda.		
2. Os arranhões e as esfoladelas são provocados por objetos cortantes.		
3. Um dos primeiros cuidados às feridas é tocar diretamente com as mãos na ferida, sem lavar bem as mãos ou usar luvas descartáveis.		
4. Os sinais de infeção numa ferida são: vermelhidão e inchaço acentuados, bordos da ferida mais espessos, pus, dor e febre.		
5. As UP são feridas que surgem devido à pressão constante do corpo sobre uma superfície.		
6. As pessoas com maior risco de desenvolvimento de UP são: as de idade menos avançada, sem restrições de mobilidades, as pessoas em estado emagrecido e as com incontinência.		
7. No decúbito dorsal, os pontos de pressão são: nuca, omoplatas, cotovelos, região sagrada e calcanhares.		
8. Na posição sentado, os pontos de pressão são: orelhas, nuca, omoplatas região sagrada, região isquiática e calcanhares.		
9. Se aparecer uma zona ruborizada numa zona identifica como zona de risco, deve-se: pressionar com a palma da mão e verificar se fica branco no local.		
10. A pele de ser observada semanalmente durante a higiene e mudança de posição.		
11. A pele deve estar sempre limpa e sem humidade.		

12.	A pele deve ser hidratada com cremes, massajando as proeminências ósseas.		
13.	Quando o idoso sofre de incontinência deve-se limpar e secar o mais rapidamente a zona afetada.		
14.	Os lençóis, as almofadas e o vestuário devem estar sempre limpos, secos e bem esticados.		
15.	Uma das formas de prevenir as UP é não mudar a posição do corpo.		
16.	Deve reposicionar-se o idoso de 6 em 6 horas.		
17.	Para se posicionar o doente deve-se arrastar o mesmo.		
18.	Deve evitar-se posicionar sobre uma zona ruborizada.		
19.	Os dispositivos de alívio de pressão ajudam na prevenção de UP e promovem a distribuição da pressão.		
20.	A alimentação equilibrada e variada e o exercício ajudam na prevenção de UP.		

Obrigada pela vossa participação!

Apêndice 11 – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação de Feridas e Úlceras por Pressão pelos formandos



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

Data: _____

Sessão: Feridas e Úlceras por Pressão

Formador: Enfª Susana Sousa

Assinalar com um “X” o número que considerar segundo a escala:

1 – nulo / 2 – fraco / 3 – suficiente / 4 – bom / 5 – muito bom

	1	2	3	4	5
1 – Divulgação/ Informação da sessão					
2 – Grau de cumprimentos dos objetivos					
3 – Pertinência dos conteúdos abordados					
4 – Adequação dos conteúdos teóricos					
5 – Adequação das atividades práticas realizadas					
6- Qualidade dos recursos utilizados na sessão					
7 – Competência/desempenho do formador					
8 – Aumento de conhecimentos com a sessão					
9 – Ambiente relacional entre o formador e os formandos					
10 – Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão					

11 – Outras considerações:

11.1 – No geral como considerou a sessão de formação? _____

11.2 – Sugestões para futuras sessões de formação/temas: _____

Data: _____

Obrigada pela colaboração!

Apêndice 12 – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação de Stress do Cuidador/Burnout pelos
formandos



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELOS FORMANDOS

Data: _____

Sessão: Stress do Cuidador

Formador: Enfª Susana Sousa/

Psicóloga Cátia Pombo

Assinalar com um “X” o número que considerar segundo a escala:

1 – nulo / 2 – fraco / 3 – suficiente / 4 – bom / 5 – muito bom

	1	2	3	4	5
1 – Divulgação/ Informação da sessão					
2 – Grau de cumprimentos dos objetivos					
3 – Pertinência dos conteúdos abordados					
4 – Adequação dos conteúdos teóricos					
5 – Adequação das atividades práticas realizadas					
6- Qualidade dos recursos utilizados na sessão					
7 – Competência/desempenho do formador					
8 – Aumento de conhecimentos com a sessão					
9 – Ambiente relacional entre o formador e os formandos					
10 – Grau de satisfação em relação às suas expectativas acerca da sessão					

11 – Outras considerações:

11.1 – No geral como considerou a sessão de formação? _____

11.2 – Sugestões para futuras sessões de formação/temas: _____

Data: _____

Obrigada pela colaboração!

Apêndice 13 – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação de Feridas e Úlceras por Pressão pelo Formador



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELO FORMADOR

Sessão: Feridas e Úlceras por Pressão

Data: _____

Assinalar com um “X” o número que considerar segundo a escala:

1 – nada / 2 – pouco / 3 – suficiente / 4 – muito / 5 – muitíssimo

	1	2	3	4	5
1 – Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					
2 – A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente teórica?					
3 – A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente prática?					
4 – A duração da sessão foi adequada?					
5 – O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?					
6- Grau de participação dos formandos					

7 – Outras considerações:

7.1 – Avaliação global da sessão de formação? _____

7.2 – Sugestões para futuras sessões de formação: _____

Formador: _____

Data: _____

Apêndice 14 – Ficha de Avaliação da Sessão de Formação de Stress do Cuidador/Burnout pelo Formador



AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO PELO FORMADOR

Sessão: Stress do Cuidador

Data: _____

Assinalar com um “X” o número que considerar segundo a escala:

1 – nada / 2 – pouco / 3 – suficiente / 4 – muito / 5 – muitíssimo

	1	2	3	4	5
1 – Os objetivos da sessão de formação foram atingidos					
2 – A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente teórica?					
3 – A metodologia utilizada foi adequada aos formandos no que diz respeito à componente prática?					
4 – A duração da sessão foi adequada?					
5 – O espaço no qual decorreu a sessão foi adequado?					
6- Grau de participação dos formandos					

7 – Outras considerações:

7.1 – Avaliação global da sessão de formação? _____

7.2 – Sugestões para futuras sessões de formação: _____

Formador: _____

Data: _____

Apêndice 15 – Certificado de Presença para os Cuidadores Formais



CERTIFICADO

Certifica-se que _____ esteve presente nas sessões de formação de **Úlceras por Pressão e Stress do Cuidador** no âmbito do Projeto de Intervenção Comunitária do III curso de Mestrado em Enfermagem no ramo de Especialização em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde de Portalegre – Estágio Final na UCC de sob orientação da Enfermeira Especialista em Enfermagem Comunitária, Enf.

Data: _____

Enf^a Susana Sousa
(Mestranda de III curso de ME da ESSP)

Enf^a
(Enf. Especialista em EC)

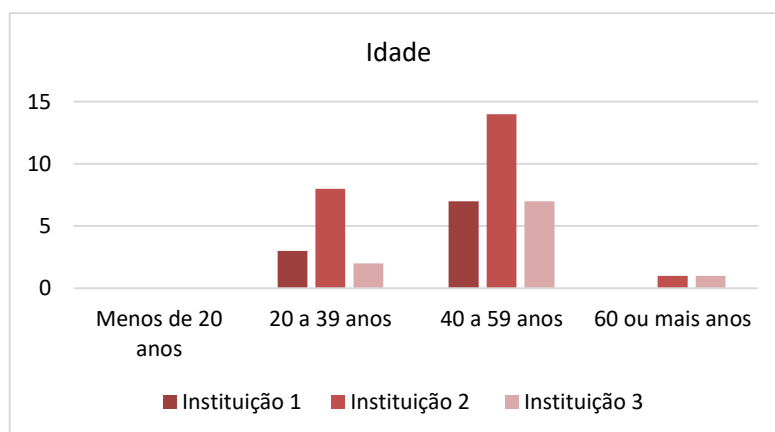
Apêndice 16 – Cronograma do Projeto

Ano	2019																		2020						
Meses	Mai		Jun				Set		Out					Nov				Dez			Jan				Mai-Jun
Semanas	20-24	27-31	3-7	10-14	17-21	24-28	16-20	23-27	30-4	7-11	14-18	21-25	28-31	4-8	11-15	18-22	25-29	2-6	9-13	16-20	6-10	13-17	20-24	27-31	
Atividades																									
Estágio I																									
Diagnóstico de Situação																									
Questões Éticas																									
Entrevistas Semiestruturadas aos Diretores Técnicos																									
Definição de Prioridades																									
Definição de Objetivos																									
Estágio Final																									
Seleção de Estratégias																									
Elaboração do Artigo Científico																									
Preparação Operacional																									
Divulgação das Sessões de Formação																									
Elaboração da apresentação das Sessões de Formação																									
Sessões de Formação																									
Avaliação do Projeto																									
Elaboração do Relatório																									
Entrega do Relatório																									30 Jun

Apêndice 17 – Dados Estatísticos da Ficha de Inscrição

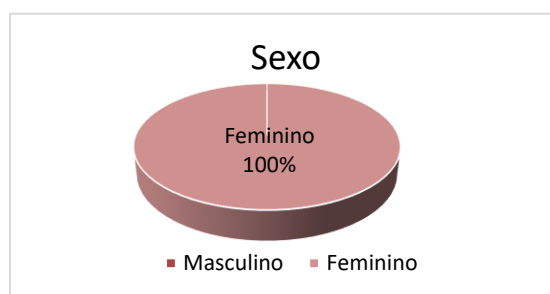
Quadro 1 – Idade

Idade	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Menos de 20 anos	0	0	0	0%
20 a 39 anos	3	8	2	30,20%
40 a 59 anos	7	14	7	65,10%
60 ou mais anos	0	1	1	4,65%
Total	10	23	10	100%



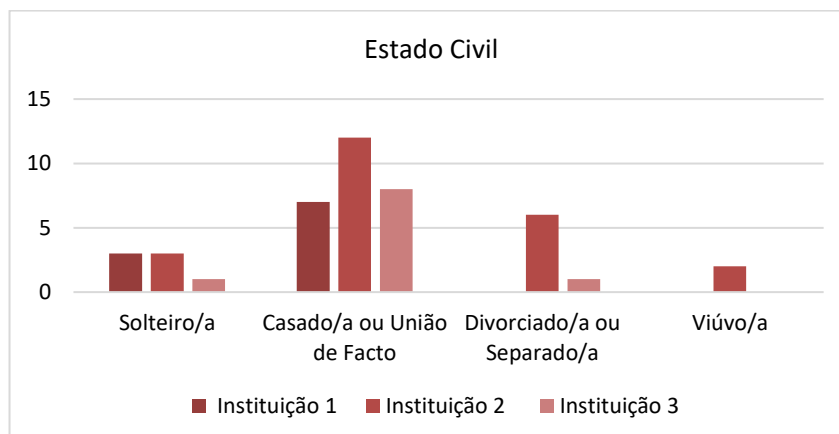
Quadro 2 - Sexo

Sexo	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Masculino	0	0	0	0%
Feminino	10	23	10	100%
Total	10	23	10	100%



Quadro 3 – Estado Civil

Estado Civil	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Solteiro/a	3	3	1	16,3%
Casado/a ou União de Facto	7	12	8	62,8%
Divorciado/a ou Separado/a	0	6	1	16,3%
Viúvo/a	0	2	0	4,6%
Total	10	23	10	100%



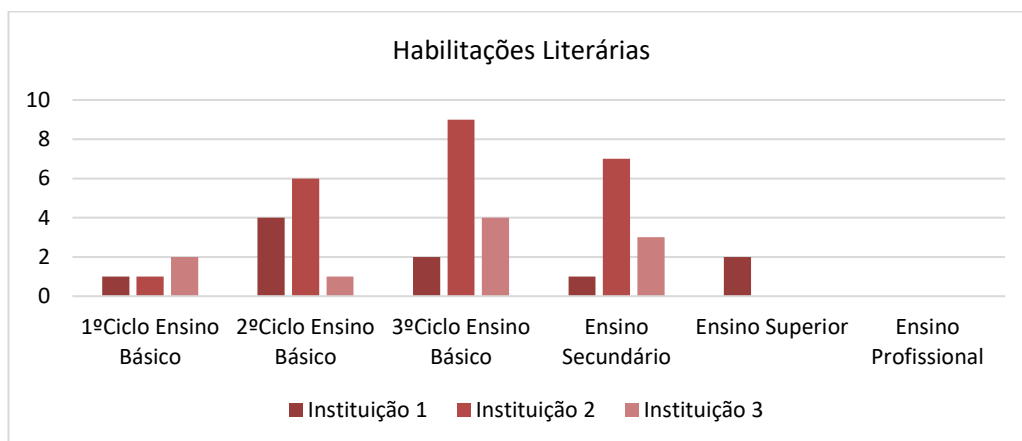
Quadro 4 – Nacionalidade

Nacionalidade	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Portuguesa	7	22	10	90,7%
Outra	3	1	0	9,3%
Total	10	23	10	100%



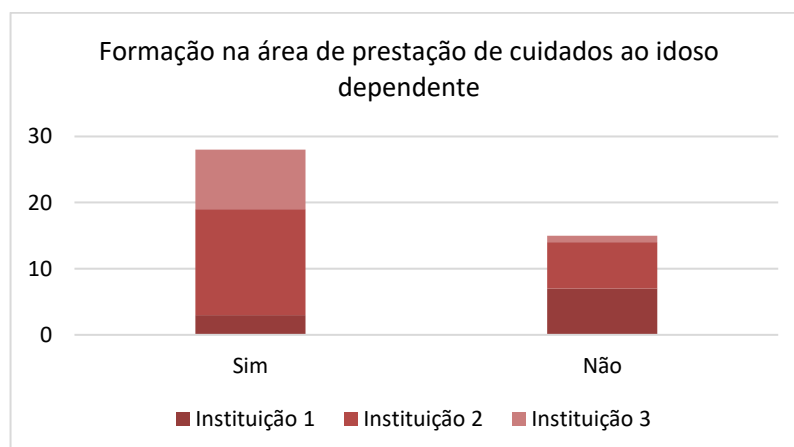
Quadro 5 – Habilitações Literárias

Habilitações Literárias	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
1ºCiclo Ensino Básico	1	1	2	9,3%
2ºCiclo Ensino Básico	4	6	1	25,6%
3ºCiclo Ensino Básico	2	9	4	34,9%
Ensino Secundário	1	7	3	25,6%
Ensino Superior	2	0	0	4,6%
Ensino Profissional	0	0	0	0%
Total	10	23	10	100%



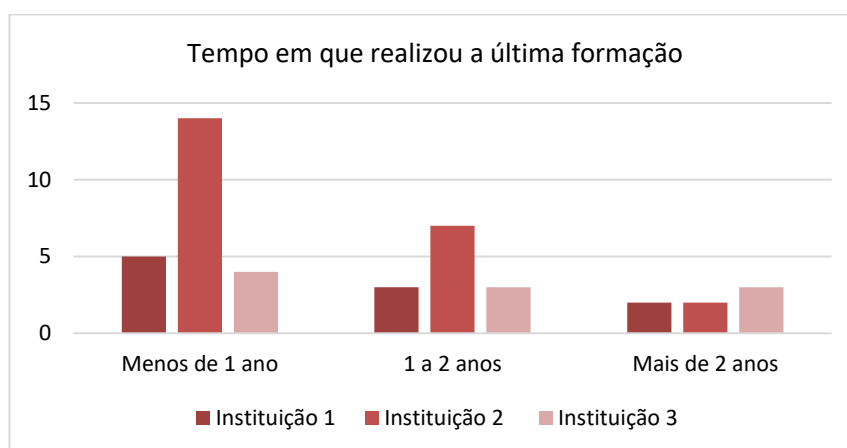
Quadro 6 – Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente?

Formação na área de prestação de cuidados ao idoso dependente	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Sim	3	16	9	65,1%
Não	7	7	1	34,9%
Total	10	23	10	100%



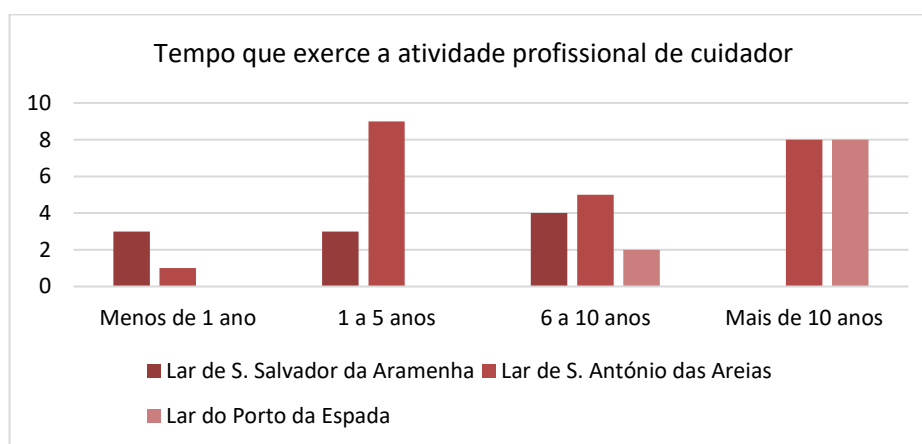
Quadro 7 – Tempo em que realizou a última formação

Tempo em que realizou a última formação	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Menos de 1 ano	5	14	4	53,5%
1 a 2 anos	3	7	3	30,2%
Mais de 2 anos	2	2	3	16,3%
Total	10	23	10	100%



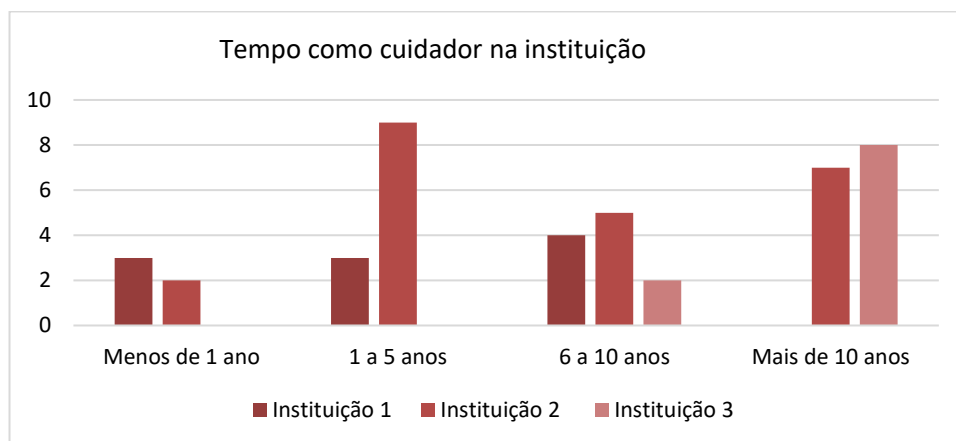
Quadro 8 – Tempo que exerce a atividade profissional de cuidador/a

Tempo que exerce a atividade profissional de cuidador/a	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Menos de 1 ano	3	1	0	9,3%
1 a 5 anos	3	9	0	27,9%
6 a 10 anos	4	5	2	25,6%
Mais de 10 anos	0	8	8	37,2%
Total	10	23	10	100%



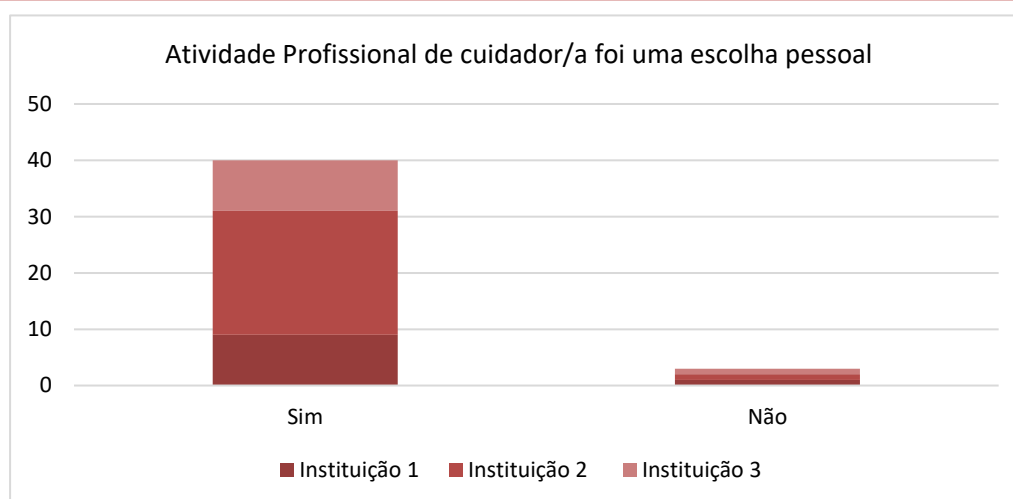
Quadro 9 – Tempo como cuidador/a na Instituição

Tempo como cuidador/a na Instituição	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Menos de 1 ano	3	2	0	11,6%
1 a 5 anos	3	9	0	27,9%
6 a 10 anos	4	5	2	25,6%
Mais de 10 anos	0	7	8	34,9%
Total	10	23	10	100%



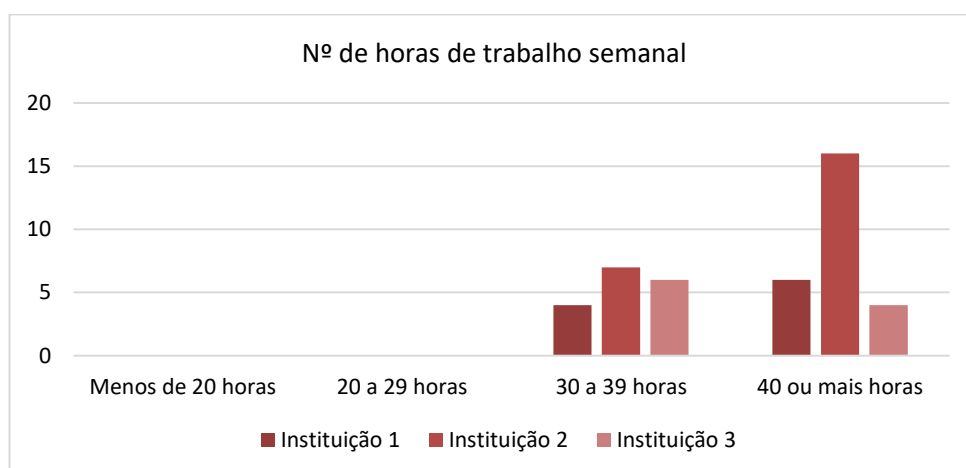
Quadro 10 – Atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal

Atividade profissional de cuidador/a foi uma escolha pessoal	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Sim	9	22	9	93%
Não	1	1	1	7%
Total	10	23	10	100%



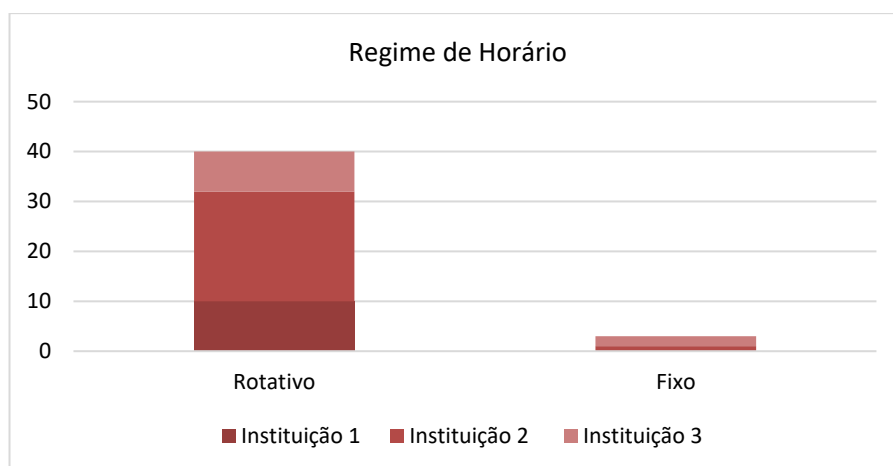
Quadro 11 – Nº de horas de trabalho semanal

Nº de horas de trabalho semanal	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Menos de 20 horas	0	0	0	0%
20 a 29 horas	0	0	0	0%
30 a 39 horas	4	7	6	39,5%
40 ou mais horas	6	16	4	60,5%
Total	10	23	10	100%



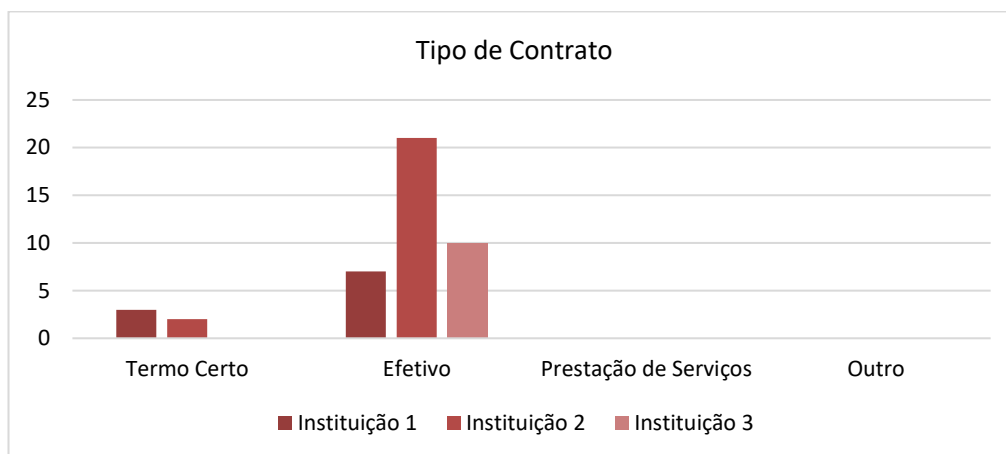
Quadro 12 – Regime de Horário

Regime de Horário	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Rotativo	10	22	8	93%
Fixo	0	1	2	7%
Total	10	23	10	100%



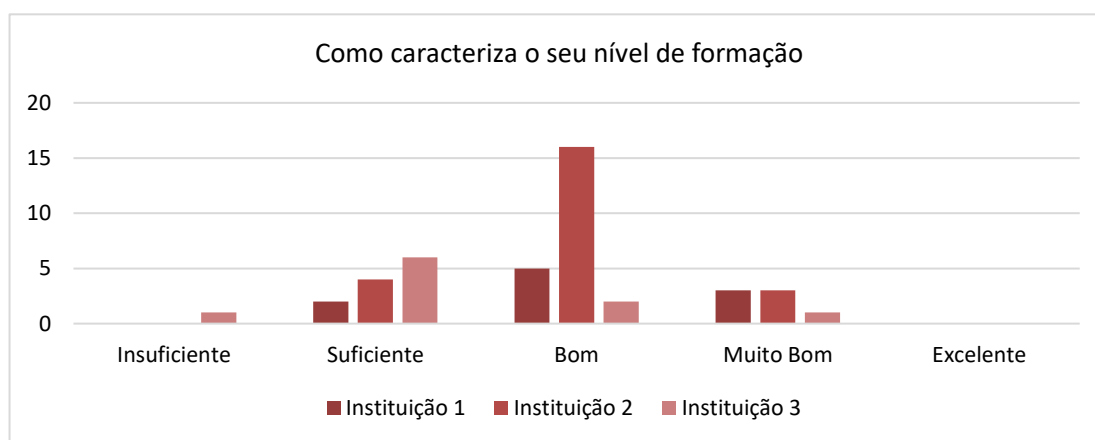
Quadro 13 – Tipo de Contrato

Tipo de Contrato	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Termo Certo	3	2	0	11,6%
Efetivo	7	21	10	88,4%
Prestação de Serviços	0	0	0	0%
Outro	0	0	0	0%
Total	10	23	10	100%



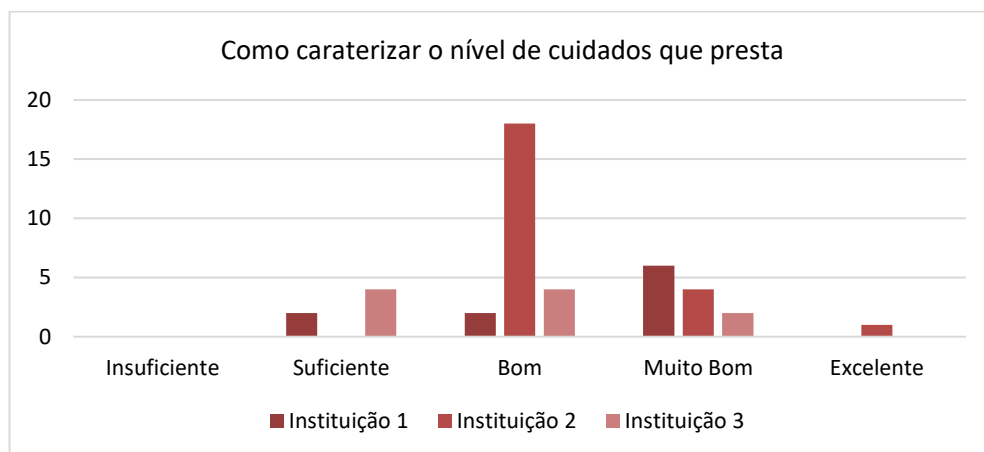
Quadro 14 – Como caracteriza o seu nível de Formação

Como caracteriza o seu nível de Formação	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Insuficiente	0	0	1	2,3%
Suficiente	2	4	6	27,9%
Bom	5	16	2	53,5%
Muito Bom	3	3	1	16,3%
Excelente	0	0	0	0%
Total	10	23	10	100%



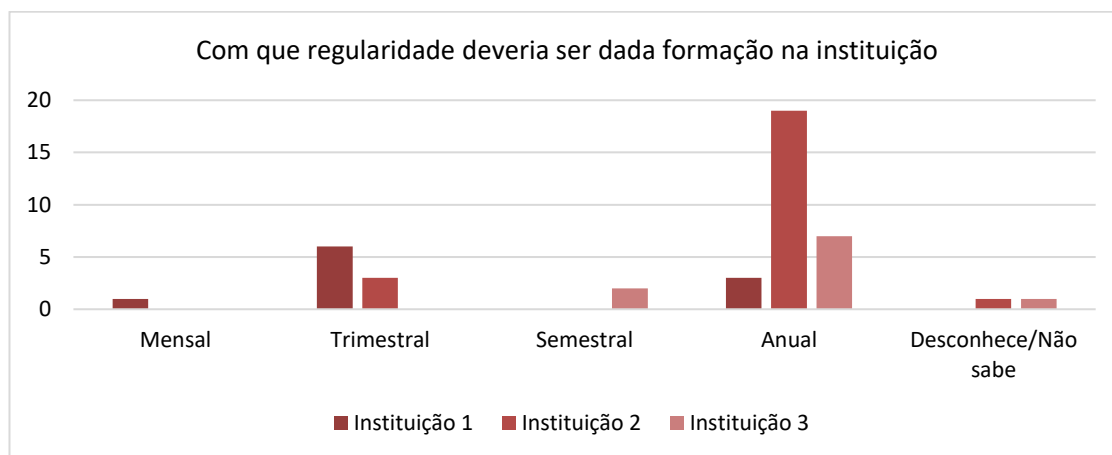
Quadro 15 – Como caracteriza o nível de cuidados que presta

Como caracteriza o nível de cuidados que presta	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Insuficiente	0	0	0	0%
Suficiente	2	0	4	14%
Bom	2	18	4	55,8%
Muito Bom	6	4	2	27,9%
Excelente	0	1	0	2,3%
Total	10	23	10	100%



Quadro 16 – Com que regularidade deveria ser dada formação na instituição

Com que regularidade deveria ser dada formação na instituição	Instituição 1	Instituição 2	Instituição 3	%
Mensal	1	0	0	2,3%
Trimestral	6	3	0	20,9%
Semestral	0	0	2	4,7%
Anual	3	19	7	67,4%
Desconhece/Não sabe	0	1	1	4,7%
Total	10	23	10	100%



Apêndice 18 – Plano de Sessão de Formação: Feridas e Úlceras por Pressão

Plano de Sessão

Tema: Feridas e Úlceras por Pressão

Local: Instituição 1, 2 e 3

Data: Janeiro 2020

Hora: 16h30

Grupo Alvo: Cuidadores Formais

Formador(es): Susana Sousa

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias	
			Métodos	Recursos
<ul style="list-style-type: none">• Apresentação Formador/Formandos		10 min.	– Expositivo	
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer os tipos de feridas• Reconhecer a importância dos cuidados imediatos a uma ferida• Alertar para sinais de infeção	Feridas: <ul style="list-style-type: none">✓ Tipos de feridas✓ Primeiros cuidados a uma ferida✓ Prevenir infeção✓ Vigiar sinais de infeção	20min.	<ul style="list-style-type: none">– Expositivo– Demonstrativo– Interativo	Computador Projetor Apresentação em suporte digital
<ul style="list-style-type: none">• Compreender a definição de UP• Descrever a localização mais frequente• Reconhecer a importância da prevenção• Reconhecer sinais de alarme• Compreender a importância dos posicionamentos	Úlceras por Pressão <ul style="list-style-type: none">✓ Definição de UP✓ Localização mais frequente✓ Como prevenir	30min.	<ul style="list-style-type: none">– Expositivo– Demonstrativo– Interativo	Computador Projetor Apresentação em suporte digital

Apêndice 19 – Plano da Sessão de Formação: Stress do Cuidador/Burnout

Plano de Sessão

Tema: Stress do Cuidador/Burnout

Local: Instituição 1, 2 e 3

Data: Janeiro 2020

Hora: 16h30

Grupo Alvo: Cuidadores Formais

Formador(es): Susana Sousa / Cátia Pombo

Objetivos	Conteúdo	Duração	Estratégias	
			Métodos	Recursos
<ul style="list-style-type: none">• Compreender o que é o Burnout• Reconhecer sinais de Burnout• Conhecer estratégias de Coping para evitar o Burnout	Burnout: <ul style="list-style-type: none">✓ O que é?✓ Sinais✓ Estratégias de Coping	20/30 min.	<ul style="list-style-type: none">– Expositivo– Demonstrativo– Interativo	<ul style="list-style-type: none">– Computador– Projetor– Apresentação em suporte digital
<ul style="list-style-type: none">• Criar interação entre o grupo	✓ Dinâmica de grupo	20 min.	<ul style="list-style-type: none">– Interativo	–

Apêndice 20 – Resumo do Artigo Científico

Intervenções asseguradas pelos Cuidadores Formais na prevenção de Úlceras por Pressão em idosos – Revisão Integrativa da Literatura

Interventions provided by Formal Caregivers in the Prevention of Pressure Ulcers in the Elderly – Integrative Literature Review

Intervenciones proporcionadas por cuidadores formales en la prevención de úlceras por presión en ancianos – Revisión Integrativa de la Literatura

Susana Compadrinho de Sousa¹

¹RN, Enfermeira de Cuidados Gerais no Hospital Dr. José Maria Grande em Portalegre: Serviço de Medicina, Portugal

E-mail de correspondência: susanasousaptg@hotmail.com

Resumo

Introdução: Envelhecer implica perdas funcionais, nomeadamente nas Atividades de Vida Diária (AVDs). Quando se aliam: incapacidades na realização das AVDs, ausência ou indisponibilidade de familiares e patologias características do processo de envelhecimento, abrem-se portas para a institucionalização dos idosos. As instituições que acolhem idosos surgem como resposta social para esta população específica. Nestas estruturas existem cuidadores que prestam cuidados diários aos idosos, como a alimentação, a higiene diária, administração de medicação, entre outros. São pessoas que atuam de forma remunerada na assistência aos idosos e devem assegurar cuidados preventivos básicos e específicos para a manutenção da qualidade de vida dos mesmos, nomeadamente no que diz respeito à prevenção de úlceras por pressão. O objetivo principal é definir quais as intervenções asseguradas pelos cuidadores formais na prevenção de úlceras por pressão.

Método: O método utilizado foi a revisão integrativa da literatura, realizada nas bases de dados estabelecidas: EBSCO Host Web – CINAHL Plus, MEDLINE e B-On, utilizando os descritores “caregivers of elderly”, “pressure ulcer prevention” e “interventions or strategies”, auxiliando a pesquisa com o caracter booleano “and”. A revisão da literatura seguiu os procedimentos metodológicos e surgiu a seguinte questão central: “Quais as intervenções asseguradas pelos cuidadores formais a pessoas idosas na prevenção de úlceras por pressão?”

Resultados: Foram selecionados 8 artigos, cujos resultados foram agrupados em duas dimensões: uma primeira que define e caracteriza as úlceras por pressão e uma segunda que aborda as intervenções dos cuidadores formais na prevenção das úlceras por pressão.

Conclusão: Evidencia-se a importância da manutenção da integridade da pele dos idosos, a alternância de decúbitos, a boa hidratação e nutrição do idoso, assim como a importância da formação contínua nos cuidados formais.

Descritores: Cuidadores de Idosos; Prevenção de Úlceras por Pressão; Intervenções ou Estratégias.